



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS PERANTE A DOR CRÓNICA DO DOENTE PALIATIVO

José Alberto Fernandes Traila Monteiro de Sá



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

José Alberto Fernandes Traila Monteiro de Sá

**AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS
CONTINUADOS PERANTE A DOR CRÓNICA DO DOENTE PALIATIVO**

II Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

Junho de 2014

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

RESUMO

Existindo um certo vazio de oferta de cuidados ativos e personalizados a pessoas que experienciam a incurabilidade da doença e a dor crónica, os Cuidados Paliativos são um elemento essencial na sociedade moderna ao proporcionar ao doente e família um apoio ativo, especializado e humanizado, facilitando o alívio do sofrimento e dando a oportunidade de preservar a dignidade. Contudo, a maioria dos doentes que carece deste tipo de cuidados, continua internado em unidades de saúde orientados para a cura e não para um cuidar com uma visão integradora da multidimensionalidade da pessoa não curável e com dor crónica.

Constitui-se objetivo deste estudo: *Compreender como o Enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Continuados intervém na Gestão da Dor Crónica do Doente Paliativo*, com a finalidade de contribuir para a humanização dos cuidados nesta última fase da vida.

Estudo de natureza qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas a enfermeiros em uma unidade de cuidados continuados. É um estudo de natureza descritivo-exploratória em que os dados foram submetidos a análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

Os resultados obtidos evidenciam que os enfermeiros definem doente paliativo como aquele que não tem perspetiva de cura; doente terminal; doente com doença crónica, evolutiva e progressiva e doente com sintomas não controlados. Quanto ao conceito de dor definem-na como persistente no tempo; contínua no tempo; subjetiva e recorrente, indo ao encontro da literatura.

Os enfermeiros perante a dor crónica valorizam vários aspetos, como: comunicação não-verbal, dimensão psicológica, emocional, a resposta alimentar e a monitorização da dor crónica. Neste último aspeto os enfermeiros recorrem fundamentalmente a escalas analógicas (verbal e de faces). Verificou-se que o enfermeiro possui conhecimento acerca das técnicas de alívio da dor, referindo as farmacológicas e não farmacológicas. No entanto, salientam que nem sempre estas estratégias são mobilizadas devido à existência de uma multiplicidade de dificuldades que se estendem desde a alta complexidade de cuidados, a limitação de acesso a opióides ao défice de formação em cuidados paliativos.

Ressaltam a necessidade de se melhorar a referenciação dos doentes, maior formação na área de cuidados paliativos e um circuito de informação e comunicação mais eficiente e eficaz.

A partir dos discursos verificou-se que existe a necessidade de uma mudança mais efetiva nas políticas governamentais e na saúde em Portugal para que seja capaz de responder às necessidades dos doentes sem perspectiva de cura e com dor crónica, concedendo assim um cuidar centrado na pessoa.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Dor Crónica; Enfermeiros

ABSTRACT

With the existence of a certain void in the offer of personalized and active care to people experiencing the incurability of the disease and chronic pain, Palliative Care is an essential element in modern society in the modern society in providing the patient and family an active support, specialized and humanized, facilitating the relief of suffering and giving him/her the opportunity of preserving his/her dignity. However, the majority of the patients who lack this kind of care, remain hospitalized in health units geared to heal and not to care with an integrated view of the non-curable/with chronic pain person's multidimensionality.

The objective of this study constitutes: *How a nurse from a Continued Care Unit intervenes in the handling of a Palliative Patient's Chronic Pain*, in order to contribute to the humanization of care in this last phase of life.

Qualitative nature study, resorting to semi-structured interviews to nurses in a continued care unit. It is a study of a descriptive and explorative nature in which data was submitted to context analysis according to Bardin (2011).

The results obtained show that the nurses define a palliative patient as one who has no prospect of cure; terminal patient; patient with chronic disease, evolutionary and progressive and patient with uncontrolled symptoms. With regards to the concept of pain, it is defined as persistent in time; continuous in time; subjective and recurrent, which meets the literature.

Before chronic pain the nurses value various aspects, such as: non-verbal communication, psychological dimension, emotional, the feeding response and the monitoring of chronic pain. In this last aspect the nurses fundamentally resort to the analogical scales (verbal and faces). It was found that the nurse possesses knowledge regarding pain relief techniques, referring pharmacological and non-pharmacological. However, it is stressed that these strategies are not always mobilized due to the existence of a multiplicity of difficulties which extend the high complexity of care, the limit of access to opiates, lack of training in palliative care. The highlight of the necessity to improve the patient's referral, greater training in the palliative care area and a circuit of more efficient and effective information and communication.

It was verified from the speeches that there is a necessity for a more effective change in government politics in Health in Portugal so that is able to respond to the patient's needs without the perspective of cure with chronic pain, thus granting person-centred care.

Keywords: Palliative Care, Chronic Pain, Nurses

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nigthingale

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que de forma direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo e a superação deste objetivo.

Em primeiro lugar agradeço à Professora Doutora Manuela Cerqueira, pela sua capacidade de trabalho, auxílio e motivação nas diversas fases do estudo. Mantendo uma atitude de compreensão e de disponibilidade para efetuar as devidas críticas aos textos por mim redigidos que me permitiram realizar o estudo, de acordo com os objetivos a que me propus.

Agradeço também aos meus pais pela disponibilidade e paciência mesmo nos momentos mais difíceis.

Fica registado também uma palavra de apreço a todos os enfermeiros participantes no estudo que forneceram informações preciosas, cujo resultado se espera ter implicações positivas no cuidar, e sem os quais este estudo não seria possível. Apraz-me igualmente agradecer à unidade de cuidados continuados onde efetuei as entrevistas por toda a disponibilidade e pronta autorização para a realização do estudo.

Reconheço também gratidão aos funcionários da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, principalmente os da biblioteca, pela disponibilidade e auxílio que foi imprescindível para a efetivação desta tese.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANSNAP - Australian National Sub-acute and Non –acute Patient

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP - Cuidados Paliativos

DGS - Direção Geral de Saúde

ICN - International Council of Nurses

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCC - Rede Nacional de Cuidados Continuados

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

WHO - World Health Organization

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
-------------------------	-----------

I PARTE

O ENFERMEIRO E O CUIDAR DO DOENTE PALIATIVO COM DOR CRÓNICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS

1 - CUIDADOS PALIATIVOS – UMA OBRIGATORIEDADE DO SISTEMA DE SAÚDE.....	23
1.1 - Cuidados Paliativos: Conceito e Filosofia	24
1.2 - Fases de Intervenção Paliativa: Classificação dos Doentes	27
2 - A DOR NO DOENTE PALIATIVO: UMA PRIORIDADE.....	29
3 - CUIDAR NUMA PERSPETIVA HOLÍSTICA	35
3.1 - Cuidar numa Unidade de Cuidados Continuados: Filosofia e Perspetivas	36
3.2 - Filosofia dos Cuidados Continuados.....	41
4 - O ENFERMEIRO E A SUA INTERVENÇÃO NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA DO DOENTE PALIATIVO.....	45
4.1 - Avaliação da Dor.....	47
4.2- Tratamento da Dor	49
4.3 - Estratégia dos Enfermeiros para Lidar com a Dor Crónica	54
4.4 - Questões Éticas no Cuidar do Doente Paliativo com Dor Crónica	58
5 - POLÍTICAS DE SAÚDE.....	61

II PARTE

DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

1 - PROBLEMÁTICA DO ESTUDO, QUESTÕES ORIENTADORAS E OBJETIVO DO ESTUDO	67
2 - METODOLOGIA	73

2.1- Tipo de Estudo	74
2.2 - Terreno de Estudo	75
2.3 - População do Estudo	75
2.4 - Estratégias e Instrumento de Recolha de Dados	76
2.5 - Estratégias de Análise de Dados	78
2.6 - Questões Éticas	80

III PARTE

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

1 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	85
1.1 - Concetualizações de Doente Paliativo na Perspetiva dos Enfermeiros de uma UCC	86
1.2 - Conceito de Dor Crónica dos Enfermeiros de uma UCC.....	89
1.3 - Aspetos Valorizados pelos Enfermeiros de uma UCC Perante a Dor Crónica de um Doente Paliativo	92
1.4 - Monitorização da Dor Crónica de um Doente Paliativo pelos Enfermeiros de uma UCC	99
1.5 - As Intervenções Realizadas pelos Enfermeiros de uma UCC para o Alívio da Dor Crónica de um Doente Paliativo	101
1.6 - Dificuldades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo	106
1.7 - Necessidades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo	111
1.8 - Sugestões dos Enfermeiros de uma UCC para a Melhoria dos Cuidados ao Doente Paliativo	113
2 - CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	119

BIBLIOGRAFIA	123
---------------------------	------------

ANEXOS	131
---------------------	------------

ANEXO I - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETIVAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO DE MESTRADO	133
--	-----

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	137
--	-----

APÊNDICES	141
APÊNDICE I - CRONOGRAMA	143
APÊNDICE II - GUIÃO DE ENTREVISTA	147
APÊNDICE III - EXEMPLO DE ENTREVISTA	151
APÊNDICE IV - GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	155

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA Nº1 - CONCETUALIZAÇÕES DE DOENTE PALIATIVO NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC.....	86
DIAGRAMA Nº2 - CONCEITO DE DOR CRÓNICA NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC	90
DIAGRAMA Nº3 - ASPETOS VALORIZADOS PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PERANTE A DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO	93
DIAGRAMA Nº4 - MONITORIZAÇÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC	99
DIAGRAMA Nº5 - AS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PARA O ALÍVIO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO .	102
DIAGRAMA Nº6 - DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO	106
DIAGRAMA Nº7- NECESSIDADES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO	111
DIAGRAMA Nº8 - SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS AO DOENTE PALIATIVO	114

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 1 - PICTOGRAMA REPRESENTATIVO DAS SEIS DIMENSÕES CARATERIZADAS NO SUPPORTIVE CARE MODEL	118
---	-----

FIGURA Nº 2 - EIXOS FUNDAMENTAIS NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS CONTINUADOS PERANTE A DOR CRÓNICA DO DOENTE PALIATIVO.....	120
--	-----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO Nº1 - CONCEPTUALIZAÇÕES DE DOENTE PALIATIVO NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC	87
QUADRO Nº2 - CONCEITO DE DOR CRÓNICA NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC	91
QUADRO Nº3 - ASPECTOS VALORIZADOS PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PERANTE A DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO	96
QUADRO Nº4 - MONITORIZAÇÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC	100
QUADRO Nº5 - AS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PARA O ALÍVIO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO .	103
QUADRO Nº 6 - DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO	108
QUADRO Nº 7 - NECESSIDADES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO	112
QUADRO Nº8 - SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS AO DOENTE PALIATIVO	115

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA Nº1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO - ENFERMEIROS	76
TABELA Nº2 - ÁREAS TEMÁTICAS EMERGENTES	85

INTRODUÇÃO

A população mundial está a envelhecer rapidamente, estimando-se que duplicará a percentagem de população com idades superiores a sessenta anos até 2050 (11% para 22%), sendo a Europa de acordo com a WHO (2007) a região do mundo mais afetada.

O crescente envelhecimento da população e consequentemente o aumento de doenças crónicas, progressivas e incuráveis representam um grande desafio para os serviços de saúde, na medida em que enfatizam uma necessidade de cuidados mais humanizados e adequados às necessidades não só físicas, como também psicológicas, sociais, religiosas e espirituais do doente paliativo.

Contudo, a evolução da medicina e os avanços da tecnologia, tornaram os hospitais, instituições orientadas para a cura e o cuidado tecnológico passou a ser foco prioritário dos profissionais de saúde.

Este paradoxo entre a área da saúde e a evolução da sociedade faz com que haja um descuido na prática do cuidado integral, tornando o doente sem perspetiva de cura e respetiva família alvo de um conjunto de cuidados fragmentados que não dão resposta às suas necessidades efetivas.

A rotina hospitalar dos hospitais modernos não permite que haja espaço para a expressão de sentimentos e emoções quer de quem cuida quer de quem é cuidado, daí que seja imprescindível tornar o processo de doença e consequente de fim de vida condigno.

A par desta situação a evolução da sociedade moderna e a conjuntura mundial provocou o aumento do número de famílias nucleares e reduzidas, um consequente aumento do isolamento social, o que promoveu a passagem dos processos de doença crónica ou em fim de vida do contexto de domicílio para o meio hospitalar.

Esta situação, exige aos profissionais de saúde habilidades comunicacionais e relacionais de alta complexidade em todo o processo de doença que é algo novo para quem na sua formação é preparado para intervir com o enfoque na cura.

Esta obstinação com a cura torna-se algo infrutífero no dia-a-dia em processos de doença paliativos, e traduz-se em grandes custos para as instituições hospitalares sem qualquer benefício para o doente.

O enfermeiro é o profissional de saúde que está mais próximo do doente e da família, dado que é o que passa mais tempo junto de ambos e lhes presta um maior número de cuidados. Daí que em virtude da sua prática profissional, é o elemento que estabelece uma relação de ajuda mais íntima com o doente e a sua família, proporcionando um enfoque no doente enquanto pessoa única e singular nas várias dimensões que o compõem.

Este enfoque dota o enfermeiro de uma maior capacidade para detetar e adequar respostas às necessidades do doente e família, daí que emerge a necessidade da existência de profissionais qualificados para o cuidar em hospitais de agudos.

Os cuidados paliativos surgem assim, como resposta às necessidades multidimensionais existentes na pessoa que experiencia a última etapa da vida. Quando esta última etapa ocorre em contexto hospitalar, os profissionais de saúde deparam-se com dificuldades em lidar com a complexidade de cuidados que este doente exige. Esta dificuldade aumenta quando para além do fim de vida se deparam com um doente com dor crónica.

Salienta-se que a dor é um fenómeno multidimensional universalmente conhecido e experienciado por toda a população. Quando a dor persiste para além do razoável causa sofrimento interferindo com a atividade diária da pessoa. Neste sentido, a complexidade do fenómeno da dor advém de um conjunto de vertentes, que envolvem este processo tal como a biofisiológica, bioquímica, psicossocial, comportamental e moral do sujeito, o que lhe confere, de acordo com Turk (1993) a capacidade de ser o único descritor do que sofre.

A dor crónica devido às suas fortes implicações para a pessoa, segundo Mackintosh (2005), torna-se uma doença em si mesmo, o que transmite uma grande carga negativa para o doente devendo assim ser entendida de uma forma holística. O seu carácter insidioso e os transtornos de que é responsável na atividade diária da pessoa, tornam a dor crónica um objetivo principal para quem cuida e para a chamada de atenção das instituições de saúde, cada vez mais dotadas de meios científicos e técnicos, de forma a que estas criem meios que permitam diminuir o sofrimento.

Realça-se que a presença de dor é um fator limitativo para o doente, conduzindo a sua atenção para a sintomatologia e abstraindo-se das outras atividades, provocando um certo desinteresse da pessoa em tudo o que o rodeia, influenciando assim a sua qualidade de vida. O controlo da dor torna-se assim um imperativo para os profissionais de saúde como parte integrante para a humanização dos cuidados, proporcionando deste modo maior autonomia e consequentemente maior vontade de viver.

Em Portugal a dor crónica tem sido alvo das políticas do Ministério da Saúde, instituindo em 1999 o Dia Nacional de Luta contra a Dor, em 2001 aprovado o Programa Nacional de Luta contra a Dor e em 2005 considerado a Dor como o quinto sinal vital. Salientamos ainda que a incapacidade provocada pela dor crónica requer uma intervenção precoce, coordenada e organizada que se centro no doente e família e lhes preste cuidados personalizados. Torna-se assim importante efetuar estudos que proporcionem mais conhecimento, de modo a que se implementem medidas e programas cada vez mais direcionados e adequados para a promoção do conforto e bem-estar dos doentes.

Tendo por base estes pressupostos, coloca-se a questão de investigação *Que intervenções de Enfermagem adotam os Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados na Gestão da Dor Crónica do Doente Paliativo?*

Com o objetivo de *Compreender como o Enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Continuados intervém na Gestão da Dor Crónica do Doente Paliativo.*

Assim, este trabalho é desenvolvido em duas partes. A primeira – enquadramento teórico- versa sobre o enfermeiro e o cuidar do doente paliativo com dor crónica em cuidados continuados, debruçando-se sobre os cuidados paliativos o seu conceito, filosofia e fases de intervenção; a dor no doente paliativo; o cuidar numa perspetiva holística, cuidar numa UCC e filosofia dos cuidados continuados; o enfermeiro e a sua intervenção na gestão da dor crónica do doente paliativo, avaliação e tratamento da dor, estratégias dos enfermeiros para lidar com a dor crónica e as questões éticas no cuidar; e políticas de saúde.

A segunda parte respeita ao estudo empírico realizado, apresentação do objeto de estudo através da argumentação da pertinência e importância da realização do mesmo com enfoque nas motivações e justificações pessoais e profissionais do investigador; é apresentado o decurso da investigação empírica, fundamentando o desenho do estudo, os referenciais teóricos e metodológicos adotados; apresentação e análise dos dados obtidos através das entrevistas realizadas e respetiva discussão, seguida da contextualização e comparação dos dados deste estudo com outros estudos semelhantes e teoria encontrados no domínio da temática estudada.

Por último, são apresentadas as conclusões e limitações do estudo, onde emergem novos problemas pertinentes para serem objetos de investigações que poderão complementar o presente estudo e proporcionar mais conhecimento para a área das ciências em enfermagem.

I PARTE

O ENFERMEIRO E O CUIDAR DO DOENTE PALIATIVO COM DOR CRÓNICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS

1 – CUIDADOS PALIATIVOS – UMA OBRIGATORIEDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Na sociedade moderna, fruto de um aumento significativo da esperança média de vida das populações, observa-se um crescente número de doentes crónicos e oncológicos. A abordagem que é feita a estas pessoas doentes, com o tecnicismo inerente à evolução da própria medicina, centra-se essencialmente na intervenção curativa, existindo em muitos casos sucesso e cura da doença. Salienta Foucault (1999), que foi entregue aos médicos o poder disciplinar provocando uma transformação no saber e na prática médica. Assim, adoecer passou a ser entendido como um fenómeno natural, que responde às leis epistemológicas naturais, em que os doentes deveriam ficar em camas individuais para que o ambiente pudesse ser ajustado às suas necessidades singulares de acordo com a determinação do médico. Este movimento de transformação da intervenção médica na doença originou avanços na medicina e propiciou o aumento do conhecimento.

Todavia, são muito frequentes as situações em que a medicina ainda não consegue curar a doença, existindo um vazio de oferta de cuidados ativos e personalizados a pessoas que experienciam a incurabilidade da doença e respetivas famílias. Estas vivenciam esta etapa final de vida, completamente “abandonadas”, solitárias ou muitas vezes vítimas de uma obstinação terapêutica que mais não é que a futilidade de tratamentos agressivos e despropositados para a fase que se encontram a viver. Pessini e Barchifontaine (2000) defendem que a humanização ficou em segundo plano a partir do momento em que o doente vulnerável deixa de ser parceiro nos cuidados e passa a ser olhado como objeto de experiências de novas técnicas e tratamentos médicos.

Muitas vezes, para a equipe médica, a falta de cura significa o fim da atenção, deixando o doente e família sozinhas a enfrentar a realidade difícil do fim de vida. Para Bifulco (2006), devido à missão de manter o doente afastado da morte, a medicina submete muitas vezes o doente a um prolongamento de vida sem qualquer qualidade, sujeito ao isolamento e perdendo a oportunidade de vivenciar o seu processo de morte. Por estas razões os cuidados paliativos visam cinco objetivos principais, de acordo com Pessini cit. por Castro (2001, p. 45):

“1) que o doente seja mantido livre de dor tanto quanto possível, de modo que possa morrer confortavelmente e com dignidade; 2) que o doente receba continuidade de cuidados e não seja abandonado ou sofrerá a perda da sua identidade pessoal; 3) que o doente tenha a possibilidade da tomada de decisão (autonomia) a respeito das opções terapêuticas e lhe seja concedida a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica que cause sofrimento; 4) que o doente seja ouvido por uma pessoa, em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças; 5) que o doente possa escolher onde deseja morrer.”

Maciel et al. (2006) confirma que a melhor maneira de assegurar cuidados paliativos adequados para um grande número doentes é o estabelecimento de uma política nacional. Deste modo, a distribuição e o planeamento dos cuidados paliativos deveria considerar os diferentes níveis de diferenciação e atender às especificidades regionais.

O Conselho da Europa, de acordo com a DGS (2004) consagra três princípios fundamentais:

- consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a cuidados do foro paliativo;
- proteger o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida à sua escolha;
- manter a interdição absoluta de se pôr fim à vida, de forma intencional, dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

Desta forma, torna-se imperativa a mudança do paradigma centrado na doença para um paradigma centrado na pessoa, necessitando estes doentes e suas famílias de um apoio ativo, especializado e humanizador, que lhes proporcione vivenciar esta etapa da vida em que a doença está presente com mais autonomia, mais qualidade, minimizando o sofrimento e dando a oportunidade de preservar a dignidade.

1.1 – Cuidados Paliativos: Conceito e Filosofia

A prática dos cuidados paliativos resultou do movimento “hospice” moderno, embora desde os tempos antigos, mais propriamente século IV, que existia a preocupação por acolher e dar hospedagem aos moribundos.

O vocábulo “hospice” cujo significado é de “hospedagem, hospitalidade” foi utilizado como local de acolhimento, e em 1842 (metade do século XIX) em França, Jeanne Garnier abre o primeiro “hospice” para doentes terminais, sensibilizado pela forma como os doentes com câncer morriam em suas casas. Os “hospice” passaram a ser locais

que combinavam a especificidade de um hospital, com hospitalidade de uma casa de repouso e possibilitavam um apoio humano como o de uma família.

Um dos grandes movimentos visando o cuidar multidimensional, acontece na década de 60 no reino Unido com o início do desenvolvimento dos cuidados paliativos “hospice” moderno. Esta transformação deveu-se a Cicely Saunders, que fundou o Saint Christopher’s Hospice em 1967 dando uma nova dimensão aos Cuidados Paliativos.

Esta nova dimensão desencadeou a discussão em torno da terminalidade da vida, alertando para o desinteresse que existia com os moribundos, confirmando a necessidade de aliviar o sofrimento, defendendo um fim de vida mais rico do ponto de vista afetivo e moral, motivando assim para uma visão mais ampla do conceito do cuidar. Além disso criou o conceito de “Dor Total” considerando que a dor é não só física, como também psicológica, espiritual e social.

Em 1975, Balfour Mount, após frequentar o “hospice” fundado por Cicely Saunders, introduziu o termo “palliative care”, designação atribuída ao serviço que criou no Royal Victoria Hospital em Montreal que comportava um serviço de internamento, consultas externas e cuidados domiciliários.

Na década de 80 a evolução dos cuidados paliativos deu-se fundamentalmente pela formação de movimentos associativos, criados frequentemente pela iniciativa individual de profissionais de saúde.

No contexto nacional o desenvolvimento dos cuidados paliativos deu-se na década de 90, com o surgimento de serviços, como o do Hospital Distrital do Fundão que se designava por Unidade de Tratamento da Dor Crónica e se dedicava a doentes oncológicos avançados no ano de 1992.

Assim, com o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos a DGS (2004, p.7) refere que estes são:

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais.”

Nesta perspetiva histórica pode-se verificar que os Cuidados Paliativos deixaram de ser exclusivamente centrados nos doentes moribundos, ou centrados nos doentes oncológicos, e passaram a ser centrados em todos os doentes crónicos com prognóstico de

vida reservado, com intenso sofrimento ou problemas de difícil resolução que exijam apoio específico de modo a proporcionar-lhes uma maior qualidade de vida e bem-estar. Este tipo de cuidados, como é referido no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, ganha especial relevância devido ao aumento de longevidade e ao incremento das doenças crónicas e progressivas.

Podemos então referir que o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, de acordo com a DGS (2004, p.4) é um *“elemento essencial dos cuidados de saúde, como uma necessidade em termos de saúde pública, como imperativo ético que promove os direitos fundamentais e, portanto, como obrigação social prioritária”*.

Neste documento a DGS (2004), reconhece os Cuidados Paliativos como um elemento que requer apoio qualificado e que se baseia em três princípios fundamentais:

- Consagrar e defender os direitos dos doentes incuráveis e na fase final da vida a um tratamento completo de cuidados paliativos;
- Proteger a autodeterminação dos doentes incuráveis e na fase final da vida.
- Manter a interdição de intencionalmente se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

Podemos igualmente referir que os princípios fundamentais dos cuidados paliativos são:

- Afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural;
- Encarar a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Considerar que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- Reconhecer e aceitar em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- Considerar que o sofrimento e o medo da morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas, sendo que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Repudiar a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica, assentando como ideia principal que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não se antecipa nem atrasa a morte,
- Abordar de forma holística o doente, tendo em consideração o sofrimento nas vertentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais;
- Basear-se no acompanhamento e rigor científico, fomentando a humanidade, a compaixão e a disponibilidade para com o doente;
- Procurar o bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim. O doente e a família são o centro da decisão para a realização dos

cuidados, estando dependentes da aceitação deles, e este tem direito de escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado;

- Basear-se na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Ressalta-se, ainda, que intervir de forma ativa exige que se considere a integridade como o ponto de partida do cuidado e da cura, onde a multidimensionalidade da pessoa está presente. Nesta perspetiva de cuidados paliativos é necessário perceber a fase da doença para perceber as necessidades da pessoa doente.

1.2- Fases de Intervenção Paliativa: Classificação dos Doentes

Os cuidados paliativos conforme é referido, tem uma intervenção que se baseia na interdisciplinaridade e acompanhamento da pessoa com doença crónica, severa e incurável e família, considerando estes parte integrante da equipa de saúde. Salientamos no entanto, que o doente com doença incurável apresenta diversas necessidades, exigindo deste modo identificar a fase evolutiva da doença. Assim a Australian National Sub-acute and Non – acute Patient (ANSNAP), de acordo com a APCP (2006), descreve 4 fases paliativas em função do estágio da doença, correspondendo a diferentes níveis de complexidade:

- Fase aguda: refere-se a uma fase de desenvolvimento inesperado de uma situação de doença;
- Fase de deterioração: período em que ocorre um desenvolvimento gradual dos problemas, sem que no entanto haja necessidade de uma alteração súbita no acompanhamento da situação de doença;
- Fase terminal: período em que a morte está eminente numa previsão curta;
- Fase estável: incluem-se os doentes que não estão em nenhuma das fases anteriores.

Podemos assim verificar que a prática de cuidados não é determinada por diagnóstico, mas pelas necessidades e situação da pessoa nas diferentes fases.

No que respeita a definição da tipologia de doentes em cuidados paliativos Barbosa e Neto (2010), referem que:

- Doente terminal é aquele que apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses, apresentando uma doença avançada, incurável e evolutiva;
- Doente agónico é aquele que previsivelmente estará nas suas últimas horas ou dias de vida;

- Doente crónico, que também pode ser inserido em cuidados paliativos, é aquele que, sem perspetiva de cura da doença que padece, se pretende uma mudança no estado funcional ou melhoria na qualidade de vida.

Müeller-Busch (2004) define doente paliativo como aquele que apresenta uma expectativa de vida entre meses e anos. Deste modo, os cuidados passam pelo controlo sintomático e pela restauração da autonomia, aceitando-se aqui intervenções ditas agressivas, mas sempre com respeito pelos princípios e filosofia dos CP.

Olhando para as fases de intervenção e a tipologia dos doentes salientamos, que o modelo de cuidados a adotar na intervenção destes doentes para a preservação da dignidade exige um modelo de cuidados holísticos em que a pessoa doente e família sejam parceiros na tomada de decisão. Este modelo de intervenção, para além de procurar qualidade de vida até à morte, defende o acompanhamento no processo de luto.

2– A DOR NO DOENTE PALIATIVO: UMA PRIORIDADE

A dor é um dos sintomas mais comuns a um ser humano acometido a um processo de doença crónica ou em fim de vida. Segundo Pereira (2006) a dor está presente em 50% das pessoas doentes, e quando se refere ao final de via ela atinge uma prevalência de 75 a 85%.

Assim é fundamental percebermos o conceito de dor, que de acordo com a *International Association for Study of Pain*, citada pela DGS (2008, p.6), a dor é “ *uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidular concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão*”.

Porém, Twycross (2003, p.83) refere-se à dor como algo a que o doente designa por sofrimento, ou seja uma “*experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidular ou potencial, ou descrita em termos de tal dano*”.

Segundo Bidarra (2012) a dor é assim um conceito de difícil compreensão e que representa uma experiência subjetiva e holística, um fenómeno multidimensional.

Estas definições têm como conclusão a capacidade de a dor afetar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais associadas.

É afirmado pela DGS (2008) no Programa Nacional de Controlo da Dor, os princípios orientadores que norteiam este documento: a subjetividade da dor, é aquela que o doente refere; o facto de a dor representar o quinto sinal vital; de todo o ser humano ter direito ao controlo da dor; de todo o profissional de saúde ter o dever de adotar estratégias de prevenção e controlo da dor; e o dever de a dor ser tratada a todos os níveis dos cuidados de saúde. Este mesmo plano estabelece três objetivos claro que passam por: reduzir a prevalência de dor não controlada na população portuguesa; melhorar a qualidade de vida nos doentes com dor, e racionalizar recursos e controlar custos no controlo da dor.

O mecanismo da fisiologia da dor, de acordo com Costa et al. (2007), inicia-se com a estimulação dos nociceptores, que por sua vez conduzem o sinal ao corno dorsal da medula óssea através de fibras aferentes, essa informação por sua vez é desviada para os neurónios motores e que originam uma resposta reflexa. O sistema nervoso simpático, é

ainda ativado por reflexos supra-espinhais, que provocam o aumento da frequência cardíaca, respiratória e libertação de catecolaminas.

A dor relativamente à sua patogénese pode ser classificada como:

- Nociceptiva (somática ou visceral): que de acordo com Costa et al. (2007) se refere a uma dor tecidual em que são estimulados diretamente os recetores da dor. A dor somática refere-se a uma afeção tipo picada ou aperto, podendo ser superficial ou profunda (pele, músculo ou osso). A dor visceral, por sua vez, é mais difícil de identificar podendo ser irradiada, tipo moinha e acompanhada por reações autonómicas.

- Neuropática: segundo Costa et al. (2007) resulta da lesão de fibras nervosas e o impulso doloroso tem origem nas vias nervosas, e não nas suas terminações. Pode ocorrer por compressão ou lesão do nervo.

- Psicogénica: manifestação somática de uma perturbação emocional, que de acordo com Maciel (2004), dado que não tem manifestação visível torna-se de difícil diagnóstico e trata-se de um problema psíquico.

- Idiopática: são denominadas por dores que existem por si mesmas, tal como as nevralgias, e que segundo Maciel (2004) são numerosas, estão bem identificadas e muitas vezes motivam alterações comportamentais e afetivas.

Podemos porém referir de acordo com Twycross (2003), a dor manifesta-se como um processo multidimensional, que envolve quatro dimensões: a dimensão do mecanismo, se a dor será de origem patológica (nociceptiva ou neuropática) ou funcional (músculo somático ou visceral); a dimensão da descrição relaciona-se com a localização da dor, sua duração e características; a causa (cancro, não cancro) e fatores não físicos (psicológicos, sociais e espirituais).

Esta perspetiva dissocia-se da visão clássica de dor como algo meramente sensitivo e com uma correspondente perceção.

Devemos assim ter a noção, como refere Bidarra (2012), que esta sensação é moldada pela personalidade de quem a vive e pelos contextos sociais que a envolvem, afirmando-se como um processo dinâmico, íntimo e pessoal.

- **Dor Crónica**

A dor como fenómeno universalmente reconhecido é na verdade complexa e multimodal que envolve conforme já se referiu componentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais, morais e sociais.

Quando a dor é crónica Mackintosh (2005) refere que se torna em si mesmo uma doença.

A distinção entre dor aguda e dor crónica, de acordo com Lima e Trad (2008), prende-se com o seu tempo de duração. Assim, a dor crónica será aquela que fundamentalmente se prolonga para além dos seis meses. Também a Direção Geral de Saúde (2008) classifica a dor crónica como uma dor persistente ou recorrente com duração igual ou superior a três meses e que persiste para além da cura da lesão que a originou. Kuhn citado por Lima e Trad (2008), afirma que a dor crónica é um fenómeno que inclui corpo – mente - sociedade -cultura. Assim, a presença de dor crónica provoca transtornos na pessoa doente e família, interferindo no sono quer da pessoa doente, quer da família, acarretando maior ansiedade, irritabilidade, tensões e depressão.

Em Portugal, de acordo com a DGS (2008) no Programa Nacional de Controlo da Dor, apesar de a dor oncológica que é muitas vezes considerada como uma das principais causas de dor crónica representar uma pequena percentagem, esta reveste-se de especial importância dado que as doenças oncológicas representam a segunda causa de morte e cerca de 90% destes doentes numa fase terminal referem dor moderada a intensa.

Segundo o ICN (2010, p. 51) a dor oncológica é definida como:

“Sensações concomitantes de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo; consequência do tratamento do cancro, como a quimioterapia, ou condições relacionadas com o cancro ,como dor por ferida; a dor oncológica é habitualmente referida como uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável, com crises de dor intensa acompanhada de dificuldade no sono, de irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo.”

De acordo com Pimenta e Ferreira (2006), entre 46% a 92% dos casos, a dor do doente oncológico está directamente relacionada com o próprio cancro, 12% a 29% relaciona-se com o cancro, 5% a 20% é relacionado com o tratamento e cerca de 8% a 22% das dores, não está relacionada nem com a doença, nem com o seu tratamento.

A dor resultante de neoplasias pode decorrer de invasão óssea, como por exemplo, metástases; invasão do sistema nervoso central; infiltração do sistema nervoso periférico e acometimento de partes moles, tais como os músculos. Nas causas relacionadas com o cancro, destacam-se o linfedema, as úlceras de pressão, a obstipação, entre outros. Das

causas relacionadas com o tratamento anti-tumoral têm a ver com a dor pós-cirurgia, pós-radioterapia e pós-quimioterapia.

As dores relacionadas com distúrbios concomitantes, segundo Pimenta e Ferreira (2006), referem-se a afeções dolorosas, que não estão relacionadas com o cancro e que os doentes já apresentavam antes de ter cancro ou durante vigência do cancro.

Podemos daqui referir que a dor crónica e o seu tratamento estão para além da visão reducionista, e meramente biológica do indivíduo, indo ao encontro dos princípios de enfermagem e do cuidar o ser humano nas suas componentes biopsicossociais.

A intervenção precoce na dor crónica pode evitar múltiplas intervenções e iatrogenias, promovendo mais facilmente o bem-estar do doente e o seu regresso a uma atividade produtiva normal. A dor crónica, exige uma abordagem multidisciplinar e a falha no seu tratamento poderá ter consequências fisiológicas adversas.

Para efetuar a avaliação da dor o enfermeiro deve possuir padrões de reconhecimento da sintomatologia, devendo ter plena noção do sintoma que está a avaliar e possuir conhecimentos para identificá-lo.

Uma das principais prioridades no doente paliativo passa pelo controlo da sintomatologia, que se traduz à partida numa melhoria substancial no bem-estar e qualidade de vida do ser humano.

De acordo com Twycross (2003), o controlo de sintomas poderá ser resumido a um conjunto de categorias:

- Avaliação: diagnóstico do sintoma antes do tratamento;
- Explicação: esclarecimento ao doente antes do tratamento;
- Controlo: tratamento personalizado do indivíduo;
- Observação: avaliação contínua do tratamento instituído;
- Atenção aos pormenores: não efetuar juízos sem fundamento.

No que respeita ao controlo adequado dos sintomas, Twycross (2003), refere que em cuidados paliativos o mais importante é proporcionar um tratamento adequado aos utentes, nele devem-se sempre ponderar os benefícios e riscos ou malefícios para o doente.

Assim, Twycross (2003) refere que os princípios essenciais para a adequação do tratamento a um doente são:

- Perspetivas biológicas do doente;
- O objetivo e benefício de cada tratamento efetuado;
- Efeitos adversos associados;
- Necessidade de não tornar a morte um processo prolongado.

Após a avaliação deve assim ser esclarecido o doente, dado que é o centro do processo, deve-se explicar de uma forma clara toda a sua situação de doença e respetivo tratamento. Neste aspeto não será menos importante referir que o doente é que é o decisor final e deve estar devidamente informado de modo a poder tomar a decisão que pretende para vivenciar o processo de doença.

Na categoria do controlo de sintomas, deve-se ter em consideração a individualidade do sujeito, tentando deste modo personalizar a nossa intervenção, indo de encontro às necessidades efetivas do doente.

No tratamento personalizado ao indivíduo, devemos ter consciência que cada indivíduo vivencia a sintomatologia de uma forma muito personalizada, e por exemplo não se deverão estabelecer doses padrão no que se refere à terapêutica.

A atenção aos pormenores, faz a diferença na área da saúde, fundamentalmente quando se trata do cuidar ao doente crónico ou paliativo, dado que o maior conhecimento do indivíduo, dos seus princípios e valores, poderá ser um importante alicerce para um processo de doença sempre difícil para o indivíduo e sua família que implica mudanças bruscas nos estilos de vida.

Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo passa com o ser humano acometido a um processo de doença torna-se assim um imperativo a atenção ao pormenor, devido a evitar juízos incorretos, e ao mesmo tempo poder corresponder ao doente e às suas necessidades que não se limitam à componente física.

Ressalta-se que a comunicação entre profissionais é de extrema importância para o controlo da dor, pois convém reforçar que a dor é multidimensional e como tal, necessita de medidas específicas para cada dimensão.

3 – CUIDAR NUMA PERSPETIVA HOLÍSTICA

A arte do Cuidar remete-nos para o início da história da humanidade, uma vez que desde sempre se tornou imprescindível para a vida dos seres humanos.

Porém foi Florence Nigthingale, de acordo com Cerqueira (2005), que alertou pela primeira vez para a necessidade de criar uma profissão que tivesse como objetivo o cuidar das pessoas.

De acordo com Collière (1999), existem dois tipos de cuidar:

- Cuidados quotidianos e habituais (care): ligados às funções de continuidade da vida e manutenção. São cuidados como o comer, beber e tudo o indispensável para a vida;
- Cuidados de reparação (cure): refere-se a tudo o que depende o tratamento da doença, obstáculos que se deparam para a continuidade da vida.

Porém, Collière (1999), salienta que para os que pretendem simultaneamente tratar e cuidar, devem ter em consideração a pessoa doente como única, indivisível, e respeitar a sua singularidade na situação específica de doença que vivencia.

O Cuidar da pessoa que está a vivenciar a última etapa da vida, exige dos profissionais de saúde e nomeadamente dos enfermeiros, intervenções cujas competências supram as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais. Cuidar da pessoa em fim de vida e família é um valor que determina a forma como aquela pessoa se situa em relação ao período de vida que está a experienciar.

Conforme refere Collière (1999), cuidar é uma função fundamental à sobrevivência das pessoas e da sociedade. Também Nigthingale (2011), reconhece que a prática dos cuidados não pode ser um ato sem objetivos, mas sim um ato refletido.

Desta forma, é fundamental reconhecer que cuidar para cada pessoa tem um sentido, ou seja segundo Honoré (2004, p.39) *“aquilo que os homens têm em comum, não é o mesmo sentido das coisas, das ações e dos acontecimentos, mas a possibilidade de lhes dar um sentido, e, ao fazê-lo, reconhecerem-se na sua dignidade humana”*.

As evidências científicas têm revelado que cuidar é multidimensional e complexo, exigindo que as intervenções de enfermagem visem, segundo Collière (1999,p.296), uma

“abordagem global antropológica que situa a pessoa no seu contexto de vida, tentando compreendê-la em relação aos

costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto”.

Assim, cuidar numa perspetiva holística exige interação, descrita por Savage (1995, p.15), como *“o comportamento presente no cuidado, por oposição a atitudes e definições de papel; refere-se ao que as pessoas fazem, mais do que ao que gostariam de fazer, ou o que pensam que fazem”*. Salientamos que o processo de interação com a pessoa que vivencia a última etapa e com dor crónica é exigente pelo facto de nos focarmos na pessoa preservando a sua dignidade.

De acordo com Honoré (2004), o cuidar baseia-se em três pressupostos:

- O cuidar não é exclusivo dos técnicos, refere-se a todos e a cada um, às coisas e a tudo o que faz parte do mundo;
- Mantém a existência, a atividade humana, dirige-se ao outro e ao ambiente, salvaguardando a dignidade humana.
- Apesar da fraqueza, vulnerabilidade e incertezas, cuidar traduz-se no que somos, com capacidade de pensar e manter a condição de existência, através das várias opções que se vão descobrindo.

Esta relação entre o enfermeiro e a pessoa doente é a essência da prática de cuidados de enfermagem, dado que para além do saber técnico-científico utilizado, este deve ser dirigido às necessidades do individuo como pessoa singular.

Este facto é referido por Moniz citado por Ferreira, Pontes e Ferreira (2009), que refere que o cuidar em enfermagem tem a sua expressão na relação interpessoal estabelecida, o que permite a compressão da pessoa doente na sua singularidade.

Deste modo e tendo em conta a máxima de Hesbeen (2000), em que refere que o enfermeiro é o profissional de saúde que cuida da pessoa doente em toda a sua globalidade e complexidade, podemos depreender que para além da intervenção técnica subjacente à prática de enfermagem, o enfermeiro deve compreender toda a dimensão humana que envolve a pessoa doente.

3.1– Cuidar numa Unidade de Cuidados Continuados: Filosofia e Perspetivas

Com o aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, foi necessário por parte do governo, introduzir na área do serviço nacional de saúde um conjunto de respostas que visassem responder às necessidades da população.

Com este intuito e através do decreto de lei nº 101/2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados com o principal objetivo de fazer face à carência de respostas para o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Estas doenças traduzem-se assim num aumento do grau de incapacidade dos indivíduos, com patologia incurável, crónica múltipla ou em fase final de vida.

Tendo em vista uma sociedade cada vez mais solidária e justa, face aos problemas crescentes que enfrenta, estes meios criados ao nível dos cuidados de saúde pretendem ajustar os diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, e deste modo de acordo com o decreto de lei nº 101 (2006), promover a funcionalidade do indivíduo, prevenindo e adiando as incapacidades.

Para além de ser uma resposta a situações de doença, a criação da rede constitui em grande parte uma resposta social, funcionando também como uma vertente facilitadora da autonomia e participação dos destinatários dos cuidados e ao mesmo tempo como promotores da intervenção e aquisição de competências por parte dos familiares.

Podemos assim considerar que a rede de cuidados continuados visa fundamentalmente melhorar a funcionalidade dos doentes, tendo como objectivos reabilitar, readaptar e reintegrar, sempre com o principal objetivo de conforto e qualidade de vida dos indivíduos.

O decreto de lei nº 101 (2006, p. 3857), define assim cuidados continuados integrados como

“ o conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade de pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Deste modo este decreto de lei ainda acrescentou algumas definições que são fundamentais para a criação desta resposta ao nível dos cuidados de saúde.

Entre as quais se salienta a questão da dependência que está inerente à situação do indivíduo referenciado e que, de acordo com o decreto de lei 101 (2006), se trata de uma situação em que a pessoa se encontra por falta de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultado ou agravado por um processo de doença, e que face à ausência ou insuficiência de apoio familiar não é capaz de realizar as atividades de vida diária.

A prestação de cuidados continuados exige, tal como o ideal de organização na área dos cuidados de saúde, uma intervenção do âmbito multi e interdisciplinar, com o

contributo de profissionais das várias áreas da saúde, que definem um plano individual de cuidados para cada indivíduo com um conjunto de objetivos comuns.

Este tipo de intervenção reveste-se assim de crucial importância dado que só com este tipo de cuidados será possível uma integração do indivíduo na sociedade, minimizando a sua dependência e potenciando ao máximo as suas capacidades, permitindo sempre que possível o regresso ao seio familiar.

A filosofia dos cuidados continuados, de acordo com o decreto de lei nº 101 (2006), assenta nos seguintes princípios:

- Prestação de cuidados individuais e humanizados ao indivíduo em situação de doença;
- Continuidade de cuidados entre os diversos níveis de cuidados de saúde, sobre orientação e coordenação da rede;
- Proximidade da prestação de cuidados;
- Intervenção multi e interdisciplinar;
- Definição de objetivos que visam a funcionalidade e autonomia dos indivíduos;
- Promover, manter ou recuperar a funcionalidade ou autonomia do indivíduo;
- Garantir a participação do indivíduo, família ou representante legal na elaboração do plano individual de cuidados, e o respetivo encaminhamento dentro da rede e do sistema nacional de saúde;
- Promover a participação e coresponsabilização da família na prestação de cuidados;
- Garantir qualidade e eficiência na prestação de cuidados.

A prestação de cuidados continuados integrados é assim assegurada por unidades de internamento e em regime de ambulatório.

Deste modo em regime de ambulatório a prestação de cuidados continuados é realizada por: equipas hospitalares (equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares) e equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos).

Em relação às unidades de cuidados continuados em ambulatório, no caso das equipas de gestão de altas a função diz respeito à gestão e preparação das altas hospitalares, de modo a garantir o apoio social e de saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos.

Uma equipa intra-hospitalar por sua vez, tem como principal função um aconselhamento diferenciado em termos de cuidados paliativos aos vários serviços num hospital, devendo assim ser constituída por elementos com formação específica na área.

Por sua vez, as equipas de cuidados continuados integrados são equipa multidisciplinares, no âmbito dos cuidados de saúde primários, que prestam cuidados a indivíduos em situação de dependência, processo de convalescença ou doença terminal, e que possuem suporte social.

As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, são constituídas por profissionais com formação específica na área, que desenvolvem a sua ação prestando apoio e aconselhamento nas unidades de média e longa duração, e às equipas de cuidados continuados integrados.

Em regime de unidade de internamento os serviços são assegurados por: unidades de convalescença; unidades de média duração e reabilitação; unidades de longa duração e manutenção; e unidades de cuidados paliativos.

No que respeita às unidades de internamento, o decreto de lei nº101/2006, faz uma caracterização muito objetiva da sua funcionalidade.

Assim, refere que uma unidade de convalescença (instituição integrada num hospital de agudos ou outra instituição) pretende realizar um acompanhamento clínico do doente continuado e intensivo, com a finalidade de reabilitação do indivíduo. O objetivo geral deste tipo de instituições é a reabilitação integral de um indivíduo que teve uma perda de autonomia, que será previsivelmente recuperável num período até 30 dias.

As unidades de média duração e reabilitação, por sua vez, tal como as unidades de convalescença, têm como o objetivo a reabilitação do doente, no entanto a previsão de internamento compreende um período superior a 30 dias e inferior a 90 dias. Estas unidades de internamento, prestam cuidados a um indivíduo que se encontra num processo de reabilitação de uma situação aguda ou recidiva de um processo crónico de doença e que resultou numa perda de autonomia.

No que respeita a unidades de internamento como as de cuidados paliativos, estas encontram o seu campo de ação junto dos doentes em situação de doença complexa, de sofrimento, incurável e progressiva.

Uma unidade de longa duração, por sua vez, tem uma intervenção de cariz temporário ou permanente que visa a prestação de apoio social e cuidados de saúde de manutenção a indivíduos com processos de doença crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para o regresso ao domicílio. Os indivíduos

internados nestes serviços provêm de instituições de saúde ou solidariedade, segurança social, domicílio e outro tipo de respostas da rede de cuidados continuados.

Os objetivos gerais deste tipo de infraestruturas são a prestação de cuidados que previnam ou retardem a degradação do estado geral das pessoas, proporcionando o seu conforto e qualidade de vida. Este tipo de resposta veio ao mesmo tempo facilitar o processo de gestão das altas dos hospitais de agudos e colmatar as necessidades de respostas sociais no sistema nacional de saúde.

Deste modo, esta tipologia de unidade de longa duração, tem como objetivo manter a qualidade de vida e proporcionar o máximo de conforto aos indivíduos acometidos a um processo de doença, na sua maioria, com uma grande percentagem de perda de autonomia. Deve também assegurar um conjunto de atividades que promovam a estimulação do doente, e ao mesmo tempo um conjunto de cuidados de saúde adequados ao respetivo processo de doença.

Este tipo de unidades, de acordo com decreto de lei nº 101 (2006), devem assim assegurar:

- Atividades de manutenção e de estimulação dos doentes;
- Prestação de cuidados de enfermagem diários;
- Cuidados médicos;
- Prescrição e administração de medicação;
- Apoio do foro psicossocial;
- Avaliação fisiátrica periódica;
- Cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional;
- Animação sociocultural;
- Cuidados de higiene, conforto e alimentação;
- Apoio na realização das atividades de vida diária.

Este tipo de cuidados vai de encontro ao que é preconizado como a prática ideal no contexto da enfermagem, o cuidado holístico, em que é relevado a singularidade do indivíduo e a forma como vivencia o seu processo de doença, elaborando-se um plano de cuidados personalizado.

Esta vertente mais humana do cuidar faz com que na grande maioria das vezes se procure uma intervenção que beneficie ao máximo o bem-estar do indivíduo.

Com este tipo de cuidados procura-se assim proporcionar o máximo de independência ao indivíduo, e em casos de fim de vida com a máxima qualidade e conforto através de cuidados de saúde adequados à sua situação de doença.

3.2– Filosofia dos Cuidados Continuados

A transição demográfica no mundo resultou em alterações no quadro de morbi-mortalidade da população, caracterizado pelo aumento da incidência de doenças crónicas. De acordo com a WHO (2005), a problemática do aumento das doenças crónicas é tão grande, que se estima que, em 2020, 80% do peso da globalidade das doenças nos países em vias de desenvolvimento seja devido a problemas de saúde crónicos. Deste modo, estas transformações implicaram uma mudança profunda nas estruturas organizacionais de saúde, que englobou não só a evolução tecnológica como novas filosofias na prestação de cuidados, criando-se unidades de cuidados continuados que aplicam novas formas de gestão da doença crónica.

O Despacho Conjunto n.º 407 (1998), de orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência que vigorou até Março de 2005, orientava o modelo dos cuidados continuados. Deste modo, existiam três tipologias de respostas: unidades de internamento (indiferenciadas); unidade de recuperação global e unidade móvel domiciliária, estas duas últimas modalidades nunca foram desenvolvidas.

Com a criação de um grupo de trabalho constituído por representantes das Direcções-Gerais da Saúde e da Ação Social no ano de 1996 pretendeu-se a criação de condições para uma intervenção articulada da saúde e da ação social para as pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sociofamiliares em que se inserem.

Foi assim estabelecido como objetivo a criação de um modelo de intervenção, com o envolvimento de parceiros e racionalização de recursos, que visa promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e reforçar as capacidades das familiares para lidarem com as diferentes situações sem, no entanto, descurar a hipótese de um recurso a uma unidade de internamento com o objetivo de reabilitação e promoção da autonomia.

Como grupos alvo foram definidos: cidadãos que se encontrem em situação de isolamento geográfico; cidadãos que padeçam de doenças crónicas e/ou sequelas derivadas de patologias cardiovasculares ou respiratórias, por exemplo; cidadãos portadores de doença física e/ou mental; cidadãos com alta hospitalar, mas que necessitem de cuidados de saúde continuados; cidadãos com apoio inexistente ou insuficiente durante o dia; e ausência de respostas adequadas à situação de doença do cidadão.

Através do decreto de lei nº101/2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados, que se afigura como uma nova conceção do cuidados constituída por um

conjunto de instituições que englobam o setor público e o privado, com o objetivo de prestação de cuidados continuados e apoio social, tendo o estado como principal incentivador, constituindo assim um novo nível intermédio de Cuidados de Saúde e Apoio Social.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados possui um modelo de financiamento próprio determinado pelo ministério do Estado e das Finanças e o do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

O objetivo geral desta rede, de acordo com o decreto de lei nº 101 (2006, p. 3858) é a *“prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*.

As unidades de cuidados continuados têm ainda como objetivos específicos, segundo o decreto de lei nº 101 (2006):

- A prestação de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social garantindo a melhoria das condições de vida e bem-estar do ser humano em situação de dependência;
- Proporcionar a manutenção das pessoas em risco ou com perda de funcionalidade no domicílio, mediante apoio domiciliário;
- Apoio, acompanhamento e internamento adequado à situação da doença da pessoa;
- Melhoria da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social;
- Apoio a familiares ou prestadores de cuidados informais, de modo a promover a qualificação na prestação de cuidados;
- Articular e coordenar em rede de cuidados diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação
- Prevenir lacunas de serviços e equipamentos, com o objetivo de progressivamente cobrir as necessidades das pessoas em situação de dependência ao nível dos cuidados continuados e paliativos.

Podemos assim definir que os cuidados integrados no serviço nacional de saúde pretendem uma recuperação global ou a manutenção do estado de saúde do indivíduo, apresentando-se deste modo como um processo ativo e contínuo que vai para além da fase aguda da doença.

Assim como é referido no decreto de lei nº 101 (2006), este nível de cuidados de saúde visa reabilitar, readaptar e reintegrar a nível social o indivíduo, assim como a manutenção do conforto e qualidade de vida em situações irrecuperáveis.

Deste modo as unidades de cuidados continuados foram estruturadas nas seguintes tipologias: unidades de convalescença, unidades de longa duração e manutenção, unidades de média duração e reabilitação e unidades de cuidados paliativos.

As unidades de convalescença, de acordo com o decreto de lei 101 (2006), caracterizam-se por serem integradas num hospital ou noutra instituição, que prestam cuidados de tratamento e supervisão de forma continuada e intensiva, com o objetivo de reabilitação, após internamento hospitalar. Esta tipologia de unidades tem como principal função a estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral de pessoa após perda de autonomia potencialmente recuperável, sem necessidade de recurso a hospital de agudos.

Uma estrutura de unidade de longa duração e manutenção, como refere o decreto de lei nº 101 (2006), tem como espaço de intervenção a prestação de apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não possuem condições de vivenciar todo este processo de doença no seu domicílio. A finalidade de uma estrutura de longa duração é a prevenção ou agravamento das situações de dependência, promovendo o conforto e qualidade de vida, num período de internamento superior a noventa dias consecutivos.

Uma unidade de média duração e reabilitação, segundo o decreto de lei nº 101 (2006), caracteriza-se por ser uma unidade de internamento que em articulação com os hospitais de agudos presta cuidados clínicos de reabilitação e de apoio psicossocial em situações clínicas resultantes de um processo agudo ou descompensação de uma patologia crónica e que resultou em perda de autonomia transitória. Estas estruturas têm como objetivo a estabilização clínica, a avaliação e reabilitação integral da pessoa.

As unidades de cuidados paliativos, por sua vez, e de acordo com o decreto de lei nº 101 (2006), são estruturas preferencialmente localizadas num hospital, com vista ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em processo de doença complexo e de sofrimento, como consequência de doença severa ou avançada, incurável e progressiva de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

4 – O ENFERMEIRO E A SUA INTERVENÇÃO NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA DO DOENTE PALIATIVO

O doente paliativo com dor crónica constitui-se para o enfermeiro um desafio na medida que exige a estes que recorram a abordagens centradas na pessoa. Conforme refere Le Breton (2005), a dor imobiliza toda a atividade de pensamento ou ato de viver, e interfere nas relações sociais. Salientamos assim, que cuidar do doente paliativo com dor crónica exige que os profissionais de saúde “abandonem” a exclusividade do modelo biomédico, pois a mecanização da medicina moderna não é eficaz e eficiente para identificar o sofrimento experienciado pelo doente com dor.

Intervir junto do doente paliativo com dor implica lidar com experiências complexas em que se cruzam valores, crenças, percepções, emoções e sentimentos. Assim, é da responsabilidade do enfermeiro promover o bem-estar do doente paliativo, atendendo, tal como refere Collière (1999), aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida. Preconiza-se um cuidar que contemple a multidimensionalidade da pessoa, o que exige ao profissional de saúde um de voltar o seu modelo de cuidados para a pessoa inserida no seu meio familiar. Realça Twycross (2003), que a nível de internamento, como é o caso de uma unidade de cuidados continuados, os profissionais de saúde procuram efetivar uma relação terapêutica, potenciada muitas vezes com a elevada exigência ao nível das necessidades físicas e psicológicas que o doente paliativo apresenta.

Cuidar do doente paliativo com dor crónica, exige aos profissionais de saúde que alie competências técnicas, humanas e científicas em que o modelo biomédico seja articulado com o modelo centrado na pessoa contribuindo assim, para a qualidade de vida da pessoa doente. Refere Cerqueira (2005), que muitas vezes os meios hospitalares despersonalizados e focados unicamente na cura são nefastos para a pessoa em situação de doença.

O processo de cuidar o doente deve assim ser visto, de acordo com Hesbeen (2000, p.37), como uma *“arte do terapeuta que consegue combinar (...) conhecimento, destreza, de saber-ser, de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação singular”*. Também a Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson, prende-se com a prática de uma interação enfermeiro-doente, que envolve diálogo e compreensão mútua.

A Teoria do Cuidar Transpessoal de Watson, segundo Silva et al. (2010), não menospreza a vertente tecnicista que envolve a prática de ciências de saúde, no entanto enfatiza o conhecimento social e espiritual do doente, que conduz igualmente a um melhor autoconhecimento do próprio enfermeiro. Esta perspetiva permite assim ver o doente como um todo, tal como refere Silva et al. (2010, p. 550) “*seres com mentes, emoções e corpo*”, que no processo de doença é fundamental dado que só desta forma poderemos objetivar um processo de cura.

Centrar a intervenção na pessoa doente exige que o enfermeiro possua um autoconhecimento, permitindo assim o desenvolvimento da sua identidade profissional tendo como meta cuidados holísticos.

O enfermeiro como profissional de saúde que está presente nas 24 horas junto da pessoa que se encontra a experienciar um período difícil da sua vida, este terá que ter bem claro qual o conceito de enfermeiro. Neste sentido de acordo com o Diário da República, com o decreto de lei nº 161 (1996, p. 2960), é apresentado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que define o enfermeiro como:

“ o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade ”

Realizando uma análise do conceito, verificamos que as competências humanas devem estar presentes para que aconteça um cuidar que atenda à multidimensionalidade da pessoa.

Realçamos ainda, que a intervenção do enfermeiro envolve um conjunto de ações interdependentes e autónomas. Segundo o decreto de lei nº 161 (1996), as ações interdependentes são aquelas realizadas juntamente com outra técnica da área de saúde com um fim comum, e as ações autónomas, são aquelas realizadas única e exclusivamente por iniciativa e responsabilidade do enfermeiro. Neste sentido, gerir a dor crónica presente no doente paliativo, implica que a intervenção do enfermeiro compreenda a avaliação da dor: identificando-a numa forma singular e única para cada pessoa que a experiencia. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008, p.17) “*compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento*”.

O controlo da dor de acordo com McCaffery cit. por Azevedo et al. (2008) é uma responsabilidade do enfermeiro e o seu alívio representa um direito para o ser humano.

Com o autorrelato do doente, ação primordial na avaliação da dor, ficamos com a percepção da dor que o doente tem, e que poderá ser quantificada através de escalas. A heteroavaliação da dor por parte do enfermeiro é referida por Azevedo et al. (2008) como algo que só deve ser realizado quando o autorrelato não é possível.

A administração de fármacos, ou seja intervenção farmacológica, de acordo com Azevedo et al. (2008) na grande maioria dos locais é feito de uma forma protocolada, verificando-se uma atuação comum em todos os casos.

As atividades autónomas para o alívio da dor por parte do enfermeiro, serão na sua grande maioria do âmbito não farmacológico e na sua grande maioria terão como objetivo maior serem adjuvantes de outro tipo de terapias.

Como medidas não farmacológicas temos uma grande diversidade ao dispor, como é referido por Azevedo et al. (2008) e que vão desde o toque, ao posicionamento, a aromaterapia, técnicas de relaxamento, frio, calor, odor, termoterapia e gestão do ruído, temperatura e do ambiente físico que rodeia o doente.

Perante a carga negativa que envolve a sensação de dor, afigura-se como um dever do enfermeiro cumprir a prerrogativa do decreto de lei nº 161 (1996), que se refere à enfermagem como a profissão na área da saúde que tem como objetivo melhorar e recuperar a saúde do ser humano, ajudando a que mantenha o máximo de capacidade funcional.

4.1 - Avaliação da Dor

A subjetividade da dor, é algo inerente à sua avaliação, dado que esta é sempre aquela que o indivíduo diz ter.

Para tal, e de modo a efetuar-se uma correta avaliação da dor e sua natureza, deve-se estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o doente de modo a podermos obter o máximo de eficácia no tratamento.

A avaliação da dor tem assim o objetivo de desenvolver uma estratégia eficaz para o tratamento da dor, requer a identificação das causas, da intensidade da dor e o impacto que tem na vida diária do indivíduo.

Esta avaliação deve abranger um cariz quantitativo e qualitativo. Assim a vertente qualitativa, de acordo com Valadas (2003), abrange a observação dos comportamentos do indivíduo, a aparência, descrição das dores e o impacto pessoal da dor. Por outro lado tem uma abordagem quantitativa dado que engloba a descrição da intensidade da dor pelo doente e as medidas analgésicas adotadas ao longo do tempo.

Assim para uma correta intervenção do enfermeiro na avaliação da dor a Ordem dos Enfermeiros (2008) recomenda:

- Reconhecimento que o indivíduo é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente a dor;
- O autorrelato é a fonte principal acerca da presença de dor na pessoa que mantém capacidade de comunicação e capacidades cognitivas intactas;
- Efetuar a avaliação da dor de forma regular e sistemática desde o primeiro contacto e pelo menos uma vez por turno, ou de acordo com os protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história da dor do indivíduo tendo em conta aspetos como:
 - Exame físico;
 - Características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração e frequência);
 - Formas de comunicar a dor/expressões de dor;
 - Fatores de alívio e/ou agravamento;
 - Estratégias de coping;
 - Implicações para as atividades de vida diária;
 - Conhecimento acerca da dor;
 - Impacto emocional, socioeconómico e espiritual para o indivíduo;
 - Sintomatologia associada;
 - Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas adotadas.
- Selecionar os instrumentos de avaliação da dor, de acordo com o indivíduo, a sua idade e o tipo de dor, situação clínica, propriedades psicométricas, critério de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação e experiência da sua utilização em outras situações;
- Avaliar a intensidade da dor, utilizando preferencialmente instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade:
 - Escala Visual Analógica;
 - Escala Numérica;
 - Escala de Faces;
 - Escala Qualitativa.
- Assegurar que a utilização das escalas é compreendida pelo indivíduo, cuidador e família;

- Avaliar a dor nas crianças pré-verbais e indivíduos com incapacidade de comunicação com base em escalas de heteroavaliação, avaliando nestes casos indicadores fisiológicos e padrões comportamentais;
- Utilizar sempre a mesma escala de intensidade em todas as avaliações no mesmo indivíduo, exceto se a sua situação clínica implicar uma mudança;
- Ensinar ao indivíduo, cuidador e família a utilização dos instrumentos de avaliação da dor;
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação a toda a equipa, ou mesmo a outra instituição ou serviço caso se verifique a transferência do indivíduo.

Deste modo, o enfermeiro como interveniente na prestação direta de cuidados ao doente com o objetivo de obter o máximo de conforto e bem-estar ao indivíduo, tem como dever efetuar uma correta avaliação da dor de modo a cumprir a premissa da Ordem dos Enfermeiros (2008, p.9) promovendo *“a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”*.

4.2- Tratamento da Dor

Após se efetuar uma avaliação da dor, deve-se efetuar assim um plano de intervenção que vise o tratamento da dor, podendo este ter um âmbito farmacológico e não farmacológico.

- **Tratamento Farmacológico**

O tratamento farmacológico tem como principal objetivo proporcionar o alívio da dor, para tal o profissional de enfermagem tem como dever garantir a administração dos fármacos de acordo com a prescrição.

Assim, de acordo com Twycross (2003), podemos dividir os analgésicos em três categorias:

- Não opiáceos (antipiréticos);
- Opiáceos;
- Adjuvantes.

Esta terapêutica terá assim uma ação central e periférica e que de acordo com a OMS cit. por Twycross (2003), inclui os seguintes princípios:

- Boca: a via oral, é a privilegiada para os analgésicos, incluindo morfina e outros opiáceos fortes;
- Relógio: a dor persistente tem necessidade de analgesia preventiva, daí que os analgésicos devem ser administrados de uma forma regular e de forma profilática;

- Tratamento Individualizado: a dose correta é aquela que permite o controlo da dor, pode mesmo ser necessário a titulação da dor que deve ser realizada em escalada até se obter o controlo da dor.
- Uso de Adjuvantes: utilizados durante o processo da escada analgésica e como complemento, inclui outros fármacos que aliviam a dor em situações específicas, controlam os efeitos secundários e medicação psicotrópica complementar como ansiolíticos;
- Escada: usar a escada de analgesia para otimizar o controlo da dor e quando esta deixar de estar controlada deve-se então avançar para outro degrau. Esta escada é constituída por três degraus:
 - Degrau I: Analgésicos não opiáceos com possibilidade de associação de adjuvantes. Analgésicos não opiáceos são por exemplo paracetamol (anti-pirético) ou ibuprofeno (anti-inflamatório não esteróide);
 - Degrau II: Opiáceo fraco + não opiáceo e a possibilidade de associar ou não adjuvantes. Opiáceos fracos como o tramadol ou codeína;
 - Degrau III: Opiáceo forte + não opiáceo e a possibilidade de associar ou não adjuvantes. Opiáceos forte como morfina ou fentanyl.

Os analgésicos não opióides, são assim utilizados no caso de dores ligeiras a moderadas.

O paracetamol é um analgésico antipirético, que de acordo com Twycross (2003), possui um efeito analgésico periférico. Este será mesmo o ideal para iniciar a escada analgésica, dado que de acordo com Cardoso (1999), tem grande biodisponibilidade oral e retal, existe em todas as formas de administração e tem baixa ocorrência de efeitos secundários. As desvantagens deste fármaco prendem-se por não possuir efeito anti-inflamatório, a sua frequência de administração ser geralmente de 6/6 horas e o seu potencial de hepatotoxicidade.

Os anti-inflamatórios não esteroides por sua vez, segundo Twycross (2003), são indicados para dor associada a inflamação, fundamentalmente nos tecidos moles e metástases ósseas. Esta medicação tem a sua absorção quase total na via oral e a sua excreção via renal, no entanto Gonçalves (2002) refere que apesar de este tipo de drogas não provocar dependências nem tolerância, possuem um teto a partir do qual maior dosagem não aumenta o efeito analgésico, e aumenta a suscetibilidade a hemorragias, provoca retenção de água e sódio que pode conduzir a edemas, hipertensão, insuficiência cardíaca e falência renal.

No caso dos opiáceos fracos, tais como a codeína, diidrocodeína, dextropropoxifeno e o tramadol, estes possuem uma analgesia segundo Twycross (2003) equivalente a 10 miligramas de morfina.

A codeína apresenta-se como o fármaco mais utilizado deste grupo, é absorvido por via oral e produz o seu efeito cerca de 1 hora após a toma, no entanto apresenta efeitos secundários como náuseas, vômitos, obstipação, miose, xerostomia, prurido, confusão, sedação e depressão respiratória.

O tramadol segundo Twycross (2003), encontra-se numa posição intermédia entre os opiáceos clássicos fracos e os fortes. Possui uma boa absorção gastrointestinal, dado que quando administrado na via oral possui um quinto da potência da morfina, possui um efeito analgésico de 4 a 6 horas e cerca de 90% é excretado via renal. Este fármaco para além de ter menos efeitos secundários que a codeína e a morfina, tem tendência para diminuir o limiar de convulsões, e pode de acordo com Twycross (2003) ser mais eficaz na dor neuropática que a morfina.

Os opióides fortes, são indicados para o tratamento de dor moderada a intensa.

Estes opióides, de acordo com Barbosa e Neto (2010), são reconhecidos por não ter efeito teto, permitindo assim ajustar convenientemente a dose até ter um alívio efetivo da dor. Neste grupo podemos incluir a morfina, buprenorfina, hidromorfona, oxicodona, fentanyl e metadona.

Existe no entanto, por vezes, alguma renitência e prescrever este tipo de fármacos devido a fatores como possíveis efeitos de depressão respiratória. Esta renitência é refutada por Twycross (2003, p. 99), que refere que no doente com dor isso não se verifica e este tipo de fármacos *“existem para serem administrados e não apenas para serem sonegados; o seu uso terapêutico é ditado pela necessidade terapêutica e pela resposta, não pela brevidade do prognóstico”*.

A morfina oral de acordo com Twycross (2003), é o analgésico forte para a dor por patologia cancerígena, podendo ser administrada em forma de comprimidos de ação rápida ou lenta, ou cápsulas e suspensões orais.

A buprenorfina, como refere Cardoso (1999), está disponível para administração via sublingual ou selo transdérmico. Na via sublingual tem uma ação entre 6 a 9 horas.

A hidromorfona, segundo Barbosa e Neto (2010), é cinco vezes mais potente que a morfina e inicia-se com 1 a 2 miligramas de 4 em 4 horas.

No caso da oxicodona, é um agonista com uma potência de 1,5 a 3 vezes mais que a morfina, no entanto poderá causar como efeitos secundários alucinações visuais e outro tipo de neurotoxicidades.

Em relação ao fentanyl, Gonçalves (2002) refere que é um opióide semissintético 80 vezes mais potente que a morfina. Por seu lado Twycross (2003), refere que este fármaco em forma de penso transdérmico, é indicado para controlo da dor cancerosa, sendo trocado de três em três dias, e após a remoção do penso tem uma semivida de 24 horas.

Por último a metadona, é um opióide sintético, com semivida entre 8 e 80 horas, com uma ação de 8 a 12 horas e de baixo custo.

Em relação aos adjuvantes, também referidos por Twycross (2003) como um grupo de fármacos utilizado para o tratamento da dor, são um grupo heterogéneo que produzem efeito em situações específicas. Estes fármacos são utilizados para complementar a ação de um anti-inflamatório não esteroide ou de um opiáceo.

Podemos deste modo verificar a complexidade, e ao mesmo tempo a importância de efetuar um tratamento farmacológico que respeite esta sequência, de modo a podermos obter o controlo da dor ao doente e proporcionar-lhe qualidade de vida.

- **Tratamento não farmacológico**

Em relação ao tratamento não farmacológico, a Ordem dos Enfermeiros (2008) refere o tipo de ações que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para o bem-estar do doente. Para tal define que as intervenções realizadas poderão ser do âmbito cognitivo-comportamental, físico e de suporte emocional.

Assim do foro cognitivo-comportamental, a Ordem dos Enfermeiros (2008) define como intervenções:

- Terapia cognitiva-comportamental: pretende uma reestruturação cognitiva e treino de estratégias de coping, combinando técnicas terapêuticas cognitivas (diversão ou atenção) com técnicas complementares (relaxamento ou treino da assertividade). Esta técnica tem como objetivo ajudar o indivíduo a alterar as suas perceções ou padrões de dor, e aumentar a sensação de controlo.

- Reestruturação cognitiva: tipo de terapia que pretende que o indivíduo monitorize e avalie pensamentos negativos. Esta intervenção pretende gerar pensamentos adaptativos.

- Treino de habilidades de coping: consiste no desenvolvimento de técnicas de coping, como o relaxamento, técnicas de imaginação e psicoterapia de grupo. Os objetivos prendem-se com o controlo, gestão da dor e stress.

- Relaxamento com imaginação: pretende diminuir a tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação. Os objetivos desta técnica são a focalização em sensações de bem-estar, diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor.

- Distração: desenvolvimento de estratégias que permitam o indivíduo abstrair-se da dor. Deste modo o objetivo será desviar a atenção do foco da dor.

No âmbito físico a Ordem dos Enfermeiros (2008), preconiza as seguintes intervenções:

- Aplicação de calor/frio: tem o objetivo de diminuir a inflamação e promover o relaxamento muscular.

- Exercício: efetuar movimentos que promovam o alongamento e resistência, prevenir a rigidez e a debilidade associada à dor e à imobilidade. Promove a recuperação muscular, alongamento dos tendões, amplitude de movimentos, resistência e conforto, minimiza a atrofia e desmineralização, promovendo o alívio da dor restabelecendo a postura.

- Imobilização: Consiste na restrição e limitação de movimentos, com o objetivo de manter alinhamento corporal necessário no período pós-lesão.

- Massagem: ato de massajar com o objetivo de promover o relaxamento e alívio da tensão muscular.

- Estimulação elétrica transcutânea: consiste na aplicação de corrente elétrica de baixa intensidade na pele, provocando a estimulação seletiva dos recetores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico. Esta estimulação tem como objetivo a libertação de substâncias endógenas que promovem o alívio da dor.

No âmbito de suporte emocional, a Ordem dos Enfermeiros (2008), refere intervenções como:

Toque Terapêutico e conforto: o toque é um processo em que o profissional de saúde usa as mãos para modular o campo energético com fins terapêuticos, o conforto por sua vez consiste em proporcionar uma sensação de bem-estar corporal e tranquilidade física. Estes dois métodos pretendem promover o apoio e segurança através do contacto físico, promove o relaxamento, diminuição da ansiedade e controlo da dor, entre outros sintomas que provocam desconforto.

4.3 - Estratégia dos Enfermeiros para Lidar com a Dor Crónica

Uma das situações mais marcantes do cuidado da vida é quando esta é marcada por dor e sofrimento intoleráveis e sem perspetiva, provocados por determinada doença de características mortais.

Nas estratégias para lidar com a pessoa com dor crónica podem encontrar-se processos de “encontro” com o outro, com o sentido da vida e consigo mesmo.

Nesta linha de pensamento, para que o sofrimento humano e as perceções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras do sujeito sejam reconhecidas. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça, do outro, palavras de reconhecimento. É pela linguagem que comunicamos com o outro pois sem ela, desumanizamo-nos reciprocamente.

A linguagem permite estabelecer uma relação de maior empatia com o doente e este sentir-se-á mais reconhecido da sua importância em todo o processo. Sem comunicação, não há humanização, pois esta depende da capacidade de falar, de ouvir e do diálogo respeitoso com os nossos semelhantes.

A arte de comunicar para além de exigir conhecimentos, carece de uma aprendizagem constante e requer prática.

Este processo é descrito por Stefanelli, Carvalho e Arantes (2005) como essencial para o cuidado humanitário, essencial à saúde da pessoa e que permite ao enfermeiro integrar a profissão simultaneamente como ciência e arte.

A ciência torna-se desumanizante quando o ser humano fica reduzido a um mero objecto despersonalizado. Um hospital pode ser de topo do ponto de vista tecnológico, mas por outro lado ser desumano e sem alma no atendimento. Isso acontece quando os sujeitos humanos são cuidados como simples objetos de intervenção técnica, e não como um ser dotado de toda uma componente biopsicossocial.

Este desafio de lidar com os doentes enquanto sujeitos, procurando a sua participação e defendendo a sua autonomia no projeto terapêutico, constitui a chave do sucesso a todos os níveis e adquire particular importância quando estamos a lidar com doentes com doença incurável.

Talvez o “remédio” mais eficaz para lidar com o sofrimento seja a qualidade do relacionamento mantido entre o doente e seus cuidadores, e entre o doente e a sua família.

O benefício da qualidade curativa da terapêutica pode facilmente ser enfraquecido ou ameaçado perante reações emocionais (negação, raiva, culpa e medo) sentidas pelos doentes, famílias ou cuidadores que não são adequadamente trabalhadas. Podemos daqui

inferir que o cuidado das necessidades de relação, bem como de uma comunicação honesta e verdadeira está no centro da relação terapêutica entre doente e cuidadores.

De acordo com Riley (2000) a assertividade é o ponto essencial para se obter uma relação de sucesso entre o enfermeiro e o doente. Um enfermeiro assertivo terá assim um papel ativo na relação com o doente, mostrando-se confortável e confiante durante todos os momentos da relação, afirmando tudo o que pretende de uma forma clara e direta evitando juízos sobre as atitudes da outra pessoa.

Nesta perspetiva, para lidar de forma eficaz com o sofrimento, é essencial perceber a complexidade dos sujeitos envolvidos (incluindo os profissionais), a multicausalidade dos problemas de saúde e os “ingredientes” do sofrimento humano, enumerados por Cerqueira (2005):

- Estímulo sensitivo;
- Valorização afetiva;
- Interpretação racional.

Estas variáveis têm um peso relativo e divergem de acordo com a natureza e a intensidade do estímulo, com tensão maior ou menor do campo afetivo.

De acordo com a mesma autora para uma intervenção em situações de sofrimento a equipa não se pode limitar ao saber neurológico, à empatia afetiva ou ao rigor da interpretação racional, mas deverá ser bioética.

Para este tipo de intervenção, de acordo com Cerqueira (2005) os profissionais de saúde devem ter a capacidade de:

- Aprender a reconhecer o sofrimento;
- Identificar mecanismos que intensifiquem a tolerância ao sofrimento;
- Aprender a avaliar o sofrimento;
- Aprender com as intervenções que interferiram no processo de sofrimento.

Em todo este processo poderemos observar que carece sempre de o enfermeiro ter em consideração a individualidade do doente e do respetivo processo de doença.

Podemos também referir que os processos fundamentais para as intervenções do enfermeiro no processo do cuidar no alívio do sofrimento, de acordo com Swanson cit. por Cerqueira (2005) são:

- *Conhecer*: evitar ideias preconcebidas, centrar-se no doente, fazer uma apreciação cuidadosa, procurar sinais, envolver as personalidades de ambos;
- *Estar com*: mostrar disponibilidade, partilhar sentimentos, não sobrecarregar o outro;

- *Fazer por*: confortar, antecipar, executar com competência, proteger as necessidades do outro, preservar a dignidade;

- *Possibilitar*: informar/ explicar, apoiar/ permitir, focar nas preocupações do outro, gerar alternativas/ reflectir, validar os sentimentos do outro;

- *Manter a crença*: acreditar/ ter estima pelo outro, manter uma atitude de esperança, oferecer optimismo realista, “ir até ao fim”.

Porém antes de intervir, é fundamental conhecer o sofrimento, e para tal efetuar uma avaliação completa. Para efetuar esse passo importante neste processo de intervenção em enfermagem, Salazar (2008) transmite um conjunto de pontos a ter em conta na avaliação do sofrimento:

- O historial médico do doente;
- O historial emocional e espiritual;
- Realização de um exame físico;
- Efetuar uma avaliação psicológica;
- Procedimentos de diagnóstico;
- Avaliação da qualidade de vida;
- História de vida do utente.

Como forma de auxiliar quem se encontra em processo de sofrimento, a mesma autora, Salazar (2008), refere um conjunto de formas para intervir:

- Compreender a experiência do indivíduo;
- Ser ativo no processo de integração dessa vivência;
- Dar o significado adequado à sua capacidade cognitiva, crenças religiosas e filosóficas;
- Evitar que o indivíduo tenha a perceção de perda de controlo;
- Promover a descoberta de um sentido positivo para a própria experiência de sofrimento.

Sendo assim, e depois do profissional de enfermagem ter conhecimento do modo de intervir no sofrimento, de estar capacitado para o avaliar e ser conhecedor de todos os processos do cuidar, deverá ser capaz de definir estratégias para o alívio do sofrimento. Deste modo, para a intervenção do enfermeiro Salazar (2008) refere um conjunto de estratégias para o alívio do sofrimento:

- Aconselhamento;
- Respeito pelo outro;
- Controlo sintomático;

- Abordagem holística;
- Trabalho em equipa;
- Controlo da dor;
- Companhia/disponibilidade;
- Solidariedade;
- Compaixão;
- Intervenções de ajuda psicológica;
- Comunicação adequada sobre a experiência e os significados pessoais;
- Informação para devolver a percepção de controlo sobre a situação;
- Intervenções de correção estética;
- Atitude empática.

Para uma utilização com benefícios positivos destas estratégias o profissional de saúde deve ter presente que as emoções naturais dos indivíduos estão sempre presentes, que surgem naturalmente como uma manifestação inevitável durante este processo e que são essenciais para lidar com a dor de uma perda.

O sofrimento é uma parte importante da vida, que é transversal a qualquer pessoa num processo de luto, e para a qual o profissional de enfermagem deve estar preparado para lidar.

Na vertente dos Cuidados Paliativos, em especial o enfermeiro deve apresentar determinadas características para poder lidar com este tipo de processos. De acordo com Capelas (2008) relembra as características essenciais que os profissionais devem apresentar, representadas pelas letras HELP, são:

H – formação humanística: uma formação multicultural, científica, espiritual e religiosa que permita uma comunicação fácil e verdadeira com os doentes, humor;

E – da palavra estar. Estar com os doentes, estar presente, empatia, empenho, empreendedorismo;

L – da palavra ligação. Ligação que significa relação com verdade, luta;

P – formação em cuidados paliativos. Persistência, palavra.

Assim, de acordo com este autor os profissionais que possuam este conjunto de características estarão capazes de intervir de uma forma eficaz no sofrimento a todos os níveis.

O lidar com o sofrimento invoca assim ainda mais a necessidade de humanização da prática de cuidados e da gestão ao nível dos serviços de saúde.

Contudo, existem outros fatores que interferem para intervir de uma forma positiva no alívio do sofrimento do doente, família ou profissionais que vão para além da falta de recursos humanos ou materiais. Os principais obstáculos ao alívio do sofrimento são assim referidos por Salazar (2008):

- A indiferença dos profissionais perante a situação de sofrimento;
- Carácter “contagioso” (ansiedade, medo, impotência) perante o sofrimento;
- A incapacidade de eliminar o sofrimento, visto ser uma entidade apenas passível de alívio ou de ser integrada;
- A falta de recursos que se apresenta como um escape do profissional para não vivenciar os processos, funcionando como uma situação de evitamento perante a situação de sofrimento;
- Falta de compreensão da origem e intensidade da dor total/sofrimento;
- Mau processo comunicacional;
- Falta de conhecimento de métodos de controlo da dor/sofrimento;
- Desconhecimento do uso de opióides e outros fármacos, ou a sua indisponibilidade.

Assim fazendo uma retrospectiva dos obstáculos referidos pela autora, podemos verificar que na sua maioria estão relacionados com o profissional de saúde e a sua intervenção.

O alívio do sofrimento poderá assim ser mais eficaz através de uma intervenção mais atenta e com fundamento, ao invés do desprezo pela situação que se traduz num aumento crescente do sofrimento do doente e família.

4.4 – Questões Éticas no Cuidar do Doente Paliativo com Dor Crónica

Numa primeira aproximação diante da questão da humanização no contexto do cuidar do doente paliativo com dor crónica, aproximemo-nos da dor e do sofrimento humanos no contexto hospitalar, nomeadamente numa UCC. A pessoa vulnerabilizada pela doença, deixa de ser o centro de atenções e passa a ser instrumentalizada em função de um determinado fim, que pode ser transformada em objeto do profissional de saúde.

É assim indispensável uma reflexão sobre valores e convicções fundamentais sobre a relação com os outros e conceito de dignidade humana. Assim, de acordo com a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (2000), as decisões

durante o processo de cuidar nunca devem ser pré-determinadas, dado que para a mesma situação há sempre mais que uma resposta.

Para o enfermeiro em cuidados paliativos torna-se imperativo que aceite o facto de não haver cura para determinado processo de doença. Porém, e não menos importante, na sua intervenção deve procurar estabelecer uma relação de ajuda com o doente face a um conjunto de sintomas, angústias, e todo um processo que vise promover a dignidade humana e a qualidade de vida do doente.

Dáí que de acordo com Pessini (2006) existam cinco referenciais do ponto de vista ético fundamentais na área dos cuidados paliativos: a veracidade; a proporcionalidade terapêutica; o referencial do duplo efeito; a prevenção; e o não abandono.

Em relação à veracidade, Pessini (2006), refere que é a base para se estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o doente /família. Esta relação no processo de doença é benéfica dado que permite uma participação ativa dos intervenientes no processo de tomada de decisão. Este processo, contudo não se afigura algo simples, dado que compreende a comunicação de más notícias, de diagnóstico de doenças progressivas ou incuráveis. Esta comunicação não deve no entanto ser um processo de destruição da esperança.

Este tipo de comunicação exige do enfermeiro uma atitude prudente, dado que de acordo com Pessini (2006) para se efetuar uma comunicação da verdade ideal, o profissional de saúde deve estar alerta para o que, como, quando, quanto, quem e a quem informar.

Contudo, muitas vezes existe por parte do profissional de saúde uma atitude de tentativa de proteção do doente, ocultando a verdade, gerando-se um ambiente de “conspiração do silêncio”, o que acaba por ser prejudicial para o processo de doença.

O princípio da proporcionalidade terapêutica, segundo Pessini (2006), refere-se à obrigação moral do profissional de saúde em cuidados paliativos, adotar medidas terapêuticas que tenham uma relação proporcional entre os meios utilizados e os resultados obtidos. No entanto para este julgamento há alguns aspetos que devem ser tomados em consideração, tais como: a utilidade da medida terapêutica; as alternativas de ação, juntamente com os seus riscos e benefícios; as vantagens da implementação da medida em relação ao prognóstico da doença, e as respetivas implicações em todas as componentes do doente.

Porém nesta avaliação da proporcionalidade terapêutica, Pessini (2006) refere que devem ser avaliados os custos das medidas, não só a nível económico, mas principalmente

toda a componente física, psicológica, moral e espiritual que envolve todos os envolvidos no processo de doença.

Outro dos referenciais abordado por Pessini (2006) refere-se ao referencial de duplo efeito, em que é abordado a proporção de intervenção terapêutica, e o seu benefício em contraste com um possível efeito colateral. Neste ponto é referido pelo autor que as intervenções terapêuticas para alívio sintomático, devem ser bem avaliadas de modo a ponderar se possível efeito secundário será tolerado pelo doente. De acordo com o mesmo autor, nestas ações deve ser avaliado se é a ação é boa, se o efeito positivo não é consequente dos negativos, sendo os mesmos tolerados quando se esgotou as soluções de tratamento e se esta será a intervenção que pode trazer mais benefícios para o doente.

O referencial da prevenção, segundo Pessini (2006), é da responsabilidade da equipa de saúde dado que lhe compete implementar intervenções que previnam eventuais complicações e informar em tempo oportuno sobre futuras situações que poderão ocorrer no processo de doença, permitindo assim um maior envolvimento do doente e sua família.

O último referencial ético abordado por Pessini (2006) é o de não abandonar. Neste ponto o autor refere que é eticamente condenável o abandono do doente por este recusar determinado tratamento ou não haja nenhuma perspectiva de cura. Assim, mesmo nestas situações o profissional de saúde deve permanecer junto do doente e do respetivo processo de doença, de modo a mostrar solidariedade e proporcionar um cuidar de modo a permitir dignidade ao doente em todo este contexto.

Em todo este processo ético de acordo com a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (2000) deve estar presente o respeito pela autonomia do doente, a informação ao doente, o consentimento do cuidado, a responsabilidade e a solidariedade como meio de respeito pela dignidade humana, pessoal e coletiva.

5 - POLÍTICAS DE SAÚDE

O mundo tem assistido a um desenvolvimento científico, tecnológico e tecnocrático trazendo à sociedade ocidental melhoria nas condições de vida, nomeadamente no que se refere ao aumento da esperança de vida, o acesso à educação, à cultura e à globalização da informação. Neste sentido, os cuidados paliativos surgem como um direito e um elemento fundamental nos cuidados de saúde. Refere Amendoeira (2009) que a organização dos serviços de saúde sofreu influências da religião, política e características sociais de cada época e foi-se efetivando para responder às doenças que surgiam.

Também a emergência das doenças crónicas e nomeadamente as doenças de carácter progressivo sem perspectiva de cura tem ocupado um lugar de cimeira de causas de mortalidade implicando mudanças no sistema de saúde, exigindo políticas de saúde que respondam aos novos desafios que se colocam na sociedade atual. Deste modo, e em consequência de representar uma das maiores parcelas na despesa social, segundo Silva (2012), sobre estas recaem pressões devido ao aumento continuado da despesa, em paralelo com a diminuição do crescimento económico do país.

Todavia, é importante salientar que as políticas definidas têm uma importância fulcral para o futuro e para o ciclo de vida, numa área que está dependente em grande parte da evolução tecnológica e de terapêutica.

As políticas de saúde em Portugal, foram assim desenvolvidas no sentido de fazer face ao crescimento contínuo da despesa e garantir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde.

Assim, tal como em outros países com sistema nacional de saúde, em Portugal o estado apesar de se manter na prestação de cuidados de saúde e ter o papel principal no sistema, tende a diminuir a sua intervenção direta.

Com este intuito o estado português estabeleceu a separação entre financiamento e prestação de cuidados, diminuindo o seu papel enquanto prestador com o objetivo maior de contenção de custos.

Perante isto o Estado, de acordo com Silva (2012), estabeleceu a contratualização entre estado e hospitais públicos, numa gestão por objetivos, estabeleceu parcerias público-privadas, acordou cirurgias concessionadas, e alargou aos privados as novas áreas de prestação de cuidados. Numa perspetiva ainda de uma maior contenção de custos

diminuiu a comparticipação dos medicamentos; aumentou as taxas moderadoras e limitação de meios complementares de diagnóstico, e deu incentivo à utilização de medicamentos genéricos.

Este cenário que se afigura na área da saúde, Silva (2012) refere que a avaliação das políticas de saúde deve ser realizada baseando-se em três princípios: sustentabilidade e eficiência financeira; igualdade no acesso; qualidade dos cuidados e estado de saúde da população. No que se refere, aos aspetos da sustentabilidade e eficiência financeira, os principais problemas decorrem do aumento da procura de cuidados de saúde, dos recursos humanos e a um aumento da especialização das profissões na área da saúde; o peso crescente das tecnologias e o aumento da sua utilização que consequentemente implica mais custos; e a evolução demográfica da população com o consequente aumento da esperança média de vida.

A igualdade no acesso aos cuidados de saúde é algo que deve ser garantido a todos os cidadãos, e que de acordo com Silva (2012) deve ser considerado em duas perspetivas, isto é, deve ser disponível a toda a população e, por outro lado, deve ser dada igualdade no tratamento a qualquer indivíduo independentemente da sua condição financeira.

A qualidade dos cuidados é um fator que, segundo Silva (2012), une este triângulo dado que a qualidade do sistema só está garantida perante a igualdade no acesso e a sustentabilidade. Deste modo, podemos considerar que a equidade do sistema está dependente da sustentabilidade do sistema e da igualdade de acesso para todos e, por sua vez, o sistema de saúde só é sustentável se a qualidade for distribuída de uma forma igual.

No padrão da qualidade é enfatizado por Amendoeira (2009) a preponderância do enfermeiro que poderá através da proximidade inerente à sua intervenção distanciar-se do trabalho standardizado, podendo o processo de cuidar tornar-se um momento de ligação entre o cidadão e o profissional, uma relação terapêutica na sua essência.

Assim, perante os inúmeros constrangimentos que existem para a determinação das políticas de saúde ideais deve ter-se sempre em conta as possibilidades reais de reforma e as necessidades no âmbito político, nunca descurando a necessidade da manutenção da sustentabilidade, da igualdade de acesso e a qualidade do sistema da saúde.

No entanto, sendo a sociedade moderna focalizada nos cuidados de saúde que se prendem fundamentalmente com a cura, a OMS considera os Cuidados Paliativos como fundamentais nas políticas de saúde a serem desenvolvidas.

Deste modo, a DGS (2004), apresentou através de uma circular normativa o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) que visa ser um elemento essencial nos

cuidados de saúde, face ao incremento das doenças crónicas e progressivas, ao aumento da longevidade da população e às complexas alterações do contexto familiar face à realidade da sociedade atual.

A complexidade de cuidados que este tipo de intervenção abrange, de acordo com a DGS (2004), uma equipa multidisciplinar com formação específica na área, o doente e sua família e a comunidade em geral para poder fazer face ao sofrimento e a toda a componente multifatorial subjacente.

Com esta circular normativa a DGS (2004) pretende garantir as condições de vida ao ser humano portador de doença incurável ou na fase final de vida, prevenindo o isolamento e o sofrimento a que muitas vezes estão acometidos.

Este programa elaborado pela DGS (2004) pretende consagrar três direitos fundamentais para a preservação da dignidade do ser humano:

- Possibilitar ao doente incurável ou em fim de vida o acesso a cuidados do foro paliativo;
- Garantir a proteção da autodeterminação dos doentes em cuidados paliativos;
- Promover a manutenção da proibição da intencionalidade de colocar o fim à vida no doente paliativo.

As políticas de saúde em Portugal no âmbito dos Cuidados Paliativos foram definitivamente regulamentadas, e tornadas distintas da Rede Nacional de Cuidados Continuados através decreto de lei nº 52 (2012).

Com este artigo é firmado e regulado o direito aos cuidados paliativos, e ao mesmo tempo criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

O decreto de lei nº 52 (2012), determina assim as políticas de saúde a serem desenvolvidas no âmbito dos cuidados paliativos em Portugal, desde os seus princípios, aos cuidados a prestar aos doentes e famílias, assim como ao tipo de apoio da responsabilidade do estado.

A criação de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos, veio ao mesmo tempo possibilitar um acompanhamento mais individualizado dos casos de doentes em fase de fim de vida ou portadores de doença incurável de modo a proporcionar-lhe a maior qualidade de vida e conforto no processo de doença.

Com a implementação do decreto de lei nº 52 (2012), podemos verificar que é garantida uma política de continuidade de cuidados, em que prevalece a essência dos cuidados paliativos de uma prestação de cuidados individualizada, a dignidade do doente e o direito à vida.

Estas mudanças implementadas pelo estado pretendem potencializar ao máximo os recursos existentes, procurando estruturá-los de modo a poderem responder às necessidades efetivas da população e serem um garante da qualidade da saúde em Portugal.

II PARTE

DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

1 – PROBLEMÁTICA DO ESTUDO, QUESTÕES ORIENTADORAS E OBJETIVO DO ESTUDO

Na área da saúde os profissionais no seu dia-a-dia deparam-se com situações de doentes frequentemente acometidos a processos de doença que lhes promovem desconforto e dor que muitas vezes não se encontra controlada, o que suscita dilemas éticos e uma variabilidade de emoções e sentimentos que dificultam o processo de tomada de decisão nas abordagens a tomar.

O aparecimento de novas áreas de intervenção, tal como as unidades de cuidados continuados surgem como novos desafios e novos processos que são necessários implementar com vista à melhoria dos cuidados prestados à população.

Nestas áreas recentes de intervenção urge implementar a formação específica em cuidados paliativos nos profissionais de saúde, para poderem enfrentar os diversos problemas com que se deparam diariamente perante doentes acometidos na sua grande maioria a doenças crónicas e de elevada dependência.

A investigação científica apresenta-se assim como um método, que de acordo com Fortin, Côté e Vissandjé (1999) permite uma maior aquisição de conhecimento, dado que possui um maior poder descritivo e explicativo de factos, fenómenos e acontecimentos.

O ponto de partida de qualquer investigação prende-se com a formulação do problema de investigação, que de acordo com Fortin, Côté e Vissandjé (1999, p.48) é *“uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”*.

Decorrente da experiência profissional surge assim o interesse por um tipo de sintomatologia, a dor crónica, que é frequente atingir doentes paliativos em determinada fase da sua doença. Partindo deste pressuposto vamos apresentar de seguida a justificação da nossa área de estudo.

Cuidar do doente paliativo com dor crónica implica que se olhe para a dor como um fenómeno complexo, subjetivo e com fortes implicações humanas, psicológicas e sociais, tornando-se em si mesmo numa doença (Mackintosh, 2005). Também o Programa Nacional de Luta contra a Dor, da DGS (2008), refere que a dor crónica é multidimensional, com uma componente biológica, psicológica e social, exigindo um tratamento multidisciplinar.

O estudo prospetivo realizado por Regateiro, Bilro e Cruz (2004) verificou que mais de 60% dos doentes com cancro apresentavam dois ou mais síndromes distintos de dor. A dor era causada pelo cancro em 85% dos doentes, pelos tratamentos anti-neoplásicos em 17% dos doentes e por perturbações não oncológicas em 9% dos doentes.

O estudo realizado por Yates (1993) revelou que 45 a 75% dos doentes hospitalizados têm dor, com intensidade de moderada a severa.

Rodrigues (2007) no estudo que realiza subordinado ao tema “ *O doente com dor crónica e a sua repercussão na ansiedade, depressão e nas atividades de vida diária* “, utilizando uma abordagem quantitativa e utilizando um grupo de doentes oncológicos com dor crónica e um grupo controlo de doentes oncológicos sem dor crónica, verificou:

- Os doentes oncológicos que sofrem de dor crónica apresentavam ansiedade elevada. Os doentes oncológicos sem dor crónica apresentavam ansiedade moderada;
- Os doentes oncológicos com dor crónica apresentam depressão moderada, os doentes oncológicos sem dor crónica não apresentam depressão;
- Os doentes oncológicos com dor crónica em relação às atividades de vida diária apresentam maior índice de incapacidade em relação aos doentes oncológicos sem dor crónica
- O índice de incapacidade não difere em função do sexo.

Os enfermeiros são sem dúvida o grupo profissional que passa mais tempo com o doente e respetiva família, daí que vivenciem mais de perto os problemas que afetam ambos. A fase da doença em que a sintomatologia de dor crónica esteja presente afigura-se como bastante exigente, não só pelo rigor técnico e científico necessário para a prática dos cuidados de enfermagem, mas também pela necessidade de uma estrutura psicológica e emocional sustentada para um processo de decisão a constantes dilemas éticos.

Sousa (2009) efetuou um trabalho igualmente de carácter quantitativo, em que procurou identificar se a aplicação das técnicas não farmacológicas no controlo da dor, pelos enfermeiros, está relacionada com a informação sobre as mesmas e com as características socioprofissionais, concluindo:

- A grande maioria dos enfermeiros questionados no estudo possui conhecimento das técnicas não farmacológicas no controlo da dor;
- O conhecimento sobre técnicas não farmacológicas não é influenciado pela idade do enfermeiro, sexo, experiência profissional;

-
- Existe um aumento progressivo de conhecimento no profissional de enfermagem nas categorias de enfermeiro para enfermeiro graduado e enfermeiro especialista;
 - O enfermeiro com formação específica sobre dor e técnicas não farmacológicas no seu controlo possui mais informação sobre estas técnicas;
 - A diferença entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor segundo a frequência de aplicação das mesmas no seu exercício profissional, pode-se verificar que os elementos que afirmam aplicar sempre estas intervenções são os que apresentam um valor médio de informação mais elevado.

Nesta perspetiva é assim fulcral a adoção de novas práticas de intervenção na área da saúde, contudo há a necessidade de formar os profissionais na área dos cuidados paliativos, uma nova organização da metodologia de trabalho, considerando também a importância dos contextos informais no processo de formação dos profissionais de saúde.

O profissional de saúde, particularmente o enfermeiro, é um elemento que na sua prática observa, planifica, aplica, avalia e tem necessidade de reformular intervenções, contudo nem sempre obtém sucesso, o que o coloca perante dilemas confrontados com a necessidade de proporcionar o máximo de conforto e bem-estar ao doente.

Na sua tese de mestrado, Pontes (2012), elaborou um estudo de carácter qualitativo com o objetivo de identificar os fatores que condicionam as intervenções dos enfermeiros no alívio da dor do doente paliativo, numa perspetiva da melhoria de cuidados e por conseguinte a humanização dos cuidados nesta última fase da vida, tendo concluído que:

- O conceito de dor para os enfermeiros do estudo é variável, sendo classificada como uma experiência subjetiva, alteração do estado de saúde, experiência desagradável e sentimento negativo, e é valorizada por todos numa vertente holística;
- Os enfermeiros referem que identificam a dor através do toque pessoal, valorizando as queixas pessoais e emocionais do doente paliativo e observando a reação deste, identificando-a como o quinto sinal vital;
- Para a identificação da dor os enfermeiros maioritariamente referiram utilizar escalas unidimensionais, realçando no entanto que só utilizam uma estratégia de avaliação a dor;
- No que respeita às estratégias para o alívio da dor os enfermeiros referiram o uso de fármacos, medidas físicas (como a massagem) ou medidas psicológicas, salientando, no entanto, a terapêutica farmacológica como intervenção de primeira linha;

-
- Os cuidados prestados no alívio da dor de acordo com os enfermeiros focam-se na obtenção de informação, identificação das necessidades, cuidados básicos, relações de ajudar e educação para a saúde;
 - Na avaliação da dor os enfermeiros não se mostram indiferentes ao processo de doença, experienciando sensações como a raiva e impotência, realçam como fatores externos que interferem na sua avaliação as relações interpessoais, o espaço físico, os recursos materiais e humanos;
 - Para uma intervenção mais efetiva no alívio da dor é referido pelo enfermeiro a necessidade do aumento do rácio humano, infraestruturas mais adequadas, terapêutica adequada às necessidades do doente, a presença de uma equipa especializada e formação dos profissionais nesta área;
 - As principais dificuldades no alívio da dor salientadas por os enfermeiros dizem respeito à falta de tempo/disponibilidade, prescrições médicas inadequadas e à falta de condições do espaço físico que permitam uma individualidade dos cuidados;
 - Em relação a medidas institucionais para melhoria dos cuidados os enfermeiros referem a criação de uma unidade de cuidados paliativos e equipa multidisciplinar durante 24 horas;
 - Como sugestão os enfermeiros propõem a criação de uma equipa intra-hospitalar, que permita um controlo da dor mais eficaz.

A problemática da dor é como se pode verificar alvo de estudos de investigação com o objetivo de proporcionar cada vez melhor qualidade de vida e bem-estar aos doentes.

Assim, associado à prática profissional numa unidade de cuidados continuados, e o facto de esta ser uma área recente no serviço nacional de saúde tornando-se consequentemente uma oportunidade de estudo de investigação, surgiram inquietações pessoais e reflexões, que associados à formação em cuidados paliativos do investigador motivaram a realização do presente estudo.

O campo de interesse neste estudo prende-se assim pela dor crónica e gestão desta, procurando compreender a intervenção do enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados.

A evolução dos cuidados paliativos em Portugal tem acontecido a um ritmo lento, e na prática clínica em unidade de cuidados continuados pode-se deparar com doentes

paliativos, em diferentes fases da doença, com diferentes necessidades específicas e necessitados de intervenções que implicam conhecimento e formação nesta área.

Os enfermeiros são assim profissionais que estabelecem uma relação de ajuda mais próxima e íntima, acabando por vivenciar todo o processo de partilha de medos, angústias, receios, ansiedade, revolta por parte do doente e sua família. Muitas vezes, têm uma atitude de afastamento destes doentes e das suas famílias, de modo a resguardarem-se de sentimentos que lhes causem mal-estar e situações para as quais não estão preparados para intervir.

Tendo por base estes pressupostos e após delimitado o campo de investigação foi formulada a seguinte questão de investigação: *Que intervenções de Enfermagem adotam os Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados na Gestão da Dor Crónica do Doente Paliativo?*

Para obter resposta a esta questão central emergem assim um conjunto de questões:

- O que os enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados entendem por Doente Paliativo;
- Qual o conceito de dor crónica dos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados;
- Quais os aspetos valorizados pelos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados perante a dor crónica de um doente paliativo;
- Como monitorizam os enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados a dor crónica de um doente paliativo;
- Quais as intervenções realizadas pelos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados para o alívio da dor crónica no doente paliativo;
- Quais as dificuldades/necessidades dos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados na gestão da dor crónica de um doente paliativo.

Com este estudo pretende-se assim como objetivo geral “*Compreender como o enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados intervém na gestão da dor crónica do doente paliativo*”.

A compreensão deste fenómeno visa dar resposta a um conjunto de objetivos específicos:

- Identificar o conceito de dor crónica de um Enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados;
- Identificar os aspetos valorizados pelos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados perante a dor crónica de um doente paliativo;

- Identificar como monitorizam os enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados a dor crónica de um doente paliativo;
- Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados no alívio da dor crónica;
- Identificar necessidades/dificuldades dos enfermeiros de unidade de cuidados continuados na gestão da dor crónica.

Este estudo pretende criar uma base de conhecimentos maior para a área de enfermagem, fomentar uma maior distinção do enfermeiro perante as outras ciências na área da saúde, tal como refere Fortin Côté e Vissandjé (1999) promover o aparecimento de mais saberes específicos.

2 – METODOLOGIA

A metodologia de estudo selecionada pelo investigador visa obter respostas válidas em relação à problemática em estudo, deste modo permite a aquisição de novos conhecimentos através de um processo sistemático com o objetivo de obter respostas a questões precisas.

A estrutura base de atividade de todo o tipo de investigação (qualitativa ou quantitativa), de acordo com Martínez (2006) assenta em: recolher informações necessárias para atingir os objetivos ou resolver o problema, e estruturar a informação de forma coerente, com o intuito de elaborar uma estrutura lógica, um modelo ou uma teoria que integre essa informação.

Porém, para realizar um estudo de investigação há necessidade de elaboração de um desenho do estudo, que de acordo com Fortin (2009) compreende um conjunto de decisões a tomar, para elaborar uma estrutura que vise explorar empiricamente as questões de investigação, levando o investigador a atingir os seus objetivos delineados.

Para a realização de um estudo deve-se assim selecionar a metodologia mais adequada para compreender o objeto de estudo.

Para compreender como o enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados intervém na gestão da dor crónica do doente paliativo, selecionou-se o paradigma construtivista, dado que permite a investigação de problemas que são decorrentes do dia-a-dia da prática de enfermagem, ou seja em que a fonte direta da informação é o ambiente de intervenção, sendo o investigador o instrumento principal.

Como é referido por Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa tem como características: a situação natural ser a fonte de dados; a principal preocupação prende-se por descrever e só posteriormente analisar dados; todo o processo representa a questão fundamental; os dados são analisados de uma forma indutiva e dizem respeito essencialmente ao significado das coisas.

A perspetiva holística do fenómeno em estudo é reforçada na abordagem qualitativa, dado que esta procura a descrição, a interpretação e a compreensão da realidade, através de um sistema que é mais do que a soma das partes. Paralelamente tal como refere Tuckman (2002), a investigação qualitativa valoriza a dimensão subjetiva da

realidade social, procurando a objetividade pelo reconhecimento da subjetividade e pela objetivação dos seus efeitos.

Com este tipo de estudo o investigador pensa poder responder de uma forma mais completa às questões formuladas, visto que é dado ao indivíduo abertura para descrever as suas experiências numa questão tão singular como são as intervenções para o alívio da dor crónica, que carecem de uma ação individualizada para cada doente dado que estamos perante um conceito de difícil compreensão.

A escolha do grupo profissional dos enfermeiros cumpre a premissa que refere Rousseau e Saillant (1999), que salienta o facto dos participantes no estudo terem experiência junto do fenómeno em particular que se pretende estudar, e possuírem um saber na área em estudo, promovendo assim que a investigação se desenvolva em conjunto com as pessoas de interesse.

2.1 – Tipo de Estudo

O tipo de estudo é o que descreve a estrutura utilizada do processo que se pretende desenvolver.

O estudo foi, como já referido, de cariz qualitativo reconhecendo assim a intersubjetividade na relação do enfermeiro com a temática que se pretende tratar, a dor crónica.

Para além de qualitativo, este estudo compreende uma vertente exploratória e descritiva, dado que como é referido por Bidarra (2012) pretende descrever rigorosamente os fenómenos tal como são apresentados pelo sujeito, e ao recolher os dados de uma forma minuciosa pretende ter uma vertente exploratória.

Esta vertente exploratória e descritiva, englobada no cariz de estudo (qualitativo), visa assim compreender fenómenos vividos por pessoas, ou seja pretende-se perceber a perspetiva dos profissionais de saúde através das suas falas.

Como refere Polit e Beck (2011), os métodos qualitativos exploratórios pretendem desvendar os vários modos pelos quais o fenómeno se manifesta e seus processos subjacentes.

Em relação à vertente descritiva, Polit e Beck (2011) refere também que a descrição tem o intuito de estudar fenómenos dos quais pouco se sabe, sendo realçada nesta dimensão, as variações e importância dos fenómenos. No que respeita à descrição Fortin (2009) acrescenta que o investigador pretende observar, desvendar, caracterizar, e

frequentemente classifica novas informações, com vista a delinear uma imagem mais clara e exata do objeto de estudo.

Cumprindo assim com a característica de descritivo este estudo pretende descrever um conceito (dor crónica) relativo a uma população (doente paliativo), tendo sempre em conta a subjetividade do tema, realçando aqui a vertente exploratória deste estudo dado que no processo de colheita de dados tem uma perceção do enfermeiro acerca de uma temática tão complexa e subjetiva como esta.

2.2– Terreno de Estudo

Para o investigador um dos pontos fundamentais é conhecer o espaço físico onde decorre o processo de colheita de dados, para compreender o modo como os intervenientes interagem de acordo com o fenómeno em estudo.

Compete assim ao investigador envolver-se no meio de ação dos sujeitos que investiga para ter uma visão do contexto.

Deste modo, e tendo em conta a facilidade do investigador ao contexto dos sujeitos participantes no estudo considerou-se pertinente a seleção de uma unidade de cuidados continuados na zona norte.

A seleção de uma unidade de cuidados continuados prende-se com o facto de se apresentarem como estruturas recentes disponíveis para a comunidade no serviço geral de saúde onde se preconiza o bem-estar e o conforto, e paralelamente por serem o foco do estudo sobre as intervenções dos enfermeiros na dor crónica neste contexto de ação.

2. 3 – População do Estudo

De acordo com Fortin (2009, p. 373) a população é *“o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”*.

Assim, a população alvo surge como um conjunto de elementos com características em comum, e como refere Fortin (2009) perante a dificuldade de estudar a totalidade dos elementos seleciona-se uma amostra representativa.

A população alvo do estudo foram os enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados, que intervenham diretamente na prestação de cuidados ao doente paliativo, uma vez que se pretende identificar a intervenção do enfermeiro na gestão da dor crónica.

A amostra do estudo foi assim definida com a introdução dos seguintes critérios de inclusão para que o campo de análise fosse claramente circunscrito:

- Enfermeiros prestadores de cuidados a desempenhar funções no serviço;
- Participação voluntária no estudo.

Neste sentido, recorreu-se à amostra não probabilística, ou seja de um modo não aleatório de forma a corresponder às características definidas sendo o número de participantes definido pela saturação de dados.

Definidos os critérios de inclusão participaram 8 enfermeiros no estudo de investigação.

Tabela Nº 1: Caracterização dos Participantes no Estudo - Enfermeiros

Enfermeiros	Sexo	Idade	Nº anos de Serviço (em anos)	Nº anos de serviço na UCC (em anos)
E1	Feminino	25	1,5	1,5
E2	Feminino	28	6	3
E3	Feminino	29	2,5	2,5
E4	Feminino	24	2	2
E5	Feminino	26	4	3
E6	Feminino	32	3	3
E7	Feminino	34	10	3
E8	Masculino	32	4	3

2.4 - Estratégias e Instrumento de Recolha de Dados

A natureza da problemática que se pretende estudar é uma fator determinante para o método de colheita de dados a selecionar. No paradigma construtivista os métodos de recolha de dados visam a captação direta e integral dos mesmos, no contexto natural dos sujeitos de forma a manter a sua originalidade e riqueza.

De acordo com Fortin, Grenier e Nadeau (1999), para a escolha dos instrumentos de colheita de dados deve ser tido em conta: os objetivos do estudo; o nível de conhecimentos do investigador acerca da temática em estudo; a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições dos conceitos; a fidelidade e validade dos instrumentos e a possível conceção dos instrumentos por parte do investigador.

Num estudo exploratório-descritivo, como o que foi desenvolvido, o investigador pretende obter a maior quantidade de informação acerca do fenómeno que pretende estudar, assim foi selecionado como instrumentos de recolha de dados a entrevista.

A entrevista na pesquisa qualitativa é uma ferramenta técnica que tem grande sintonia epistemológica. O contexto verbal pode aumentar o nível de interesse e colaboração no estudo por parte dos participantes, evitando de acordo com Martínez (2006) que haja formalismos, exageros e distorções da realidade, e ajuda a reduzir a confusão para explorar, reconhecer e aceitar as experiências inconscientes dos sujeitos.

Este tipo de instrumento de recolha de dados pressupõe o estabelecimento de uma relação entrevistador-entrevistado, com o objetivo de compreender conceitos e o fenómeno em estudo, e permite neste caso obter a perceção dos enfermeiros sobre uma questão tão subjetiva como a dor crónica.

Este método geralmente, de acordo com Fortin, Grenier e Nadeau (1999) tem três funções: função exploratória de modo a examinar conceitos, perceber relações entre variáveis e conceber hipóteses; servir como principal instrumento de medida; e servir de complemento a outros métodos.

Para a obtenção de informação pertinente na entrevista, o investigador deve comunicar ao entrevistado o seu interesse pessoal, usar a escuta ativa como encorajador do desenvolvimento do diálogo, e deve ser reflexivo para clarificar dúvidas, ideias, pormenores, com o intuito de melhor compreensão das informações.

O tipo de entrevista que se elaborou foi de carácter semiestruturado permitindo que os entrevistados pudessem relatar as suas experiências de um modo não previamente definido, garantindo no entanto resposta a todas as perguntas, sendo as questões formuladas a partir dos temas que se pretende abordar.

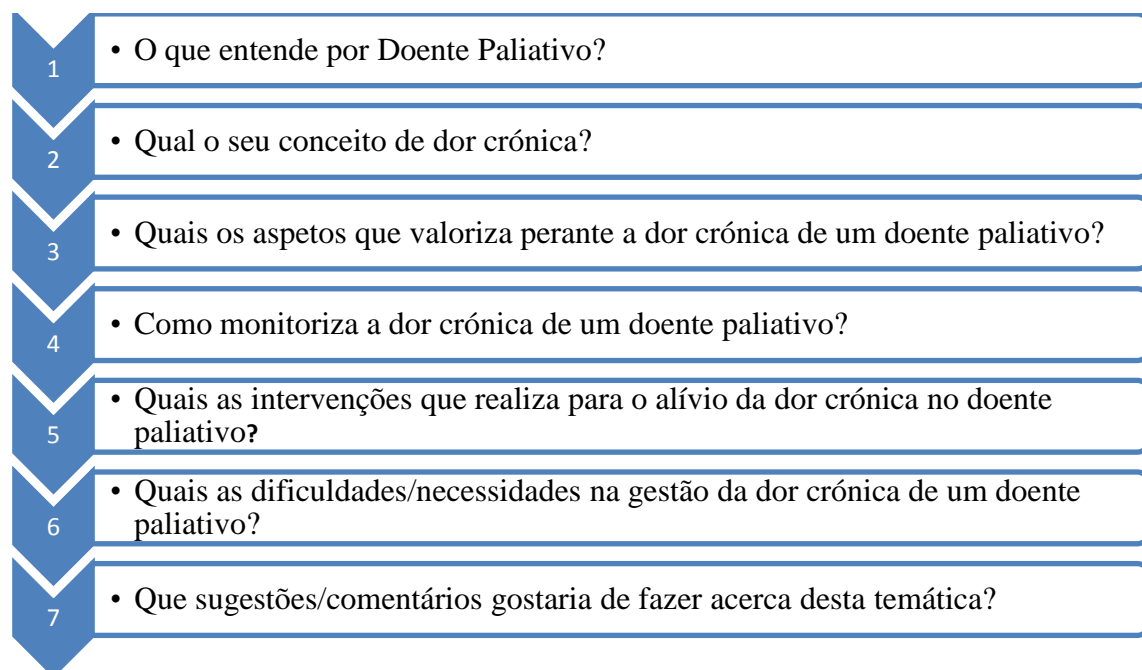
Este tipo de entrevista permite o contacto direto do investigador com o entrevistado e a utilização de questões abertas e fechadas, permite a exploração da temática sem o distanciamento da mesma, o que segundo Fortin (2009) se traduz numa capacidade do entrevistado se exprimir sobre o tema tratado permitindo assim a compreensão do mesmo.

Assim, com a escolha deste tipo de entrevista pretende-se compreender como o enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados intervém na gestão da dor crónica do doente paliativo, tendo para isso formulado questões relacionados com o tema em estudo através de uma seleção dos temas a abordar.

A estrutura do guião de entrevista e as questões formuladas visam assim dar resposta aos objetivos específicos delineados, tendo para isso sido realizados dois pré-teste a dois enfermeiros para a elaboração de um guião final.

O pré-teste de acordo com Lüdke (1986) cit. por Cerqueira (2005) visa a descoberta e a interpretação em contexto com o objetivo de uma apreensão mais completa do objeto em estudo.

Deste modo, após a análise de conteúdo dos pré-testes realizados e elaboradas pequenas alterações ao guião de entrevista, elaborou-se o guião final de entrevista.



As entrevistas foram realizadas no contexto natural dos enfermeiros, tendo permitido aos entrevistados exprimirem-se livremente durante toda a partilha de informações.

Foi adotada uma atitude empática, o que permitiu uma compreensão e atenção à individualidade dos testemunhos, sendo de salientar a inteira disponibilidade dos profissionais nunca se negando a efetuar um registo áudio das entrevistas.

2.5 - Estratégias de Análise de Dados

Terminada a etapa de recolha de dados, inicia-se a fase de tratamento, análise e apresentação dos resultados.

Segundo Fortin (2009), na abordagem qualitativa o investigador examina os dados, organiza-os e tenta atribuir uma significação aos relatos recolhidos. A análise de dados num estudo qualitativo afigura-se como uma fase integrada em todo o processo de investigação.

Esta etapa da investigação qualitativa é um processo indutivo que se encontra fortemente associado aos participantes no estudo e ao processo de colheita de dados.

Com a análise dos dados, de acordo com Dubolouz (1999) emerge um conjunto de conhecimento que será validado ao longo do processo de colheita e análise de dados juntos dos participantes no estudo.

O método de análise deve ser concordante com os objetivos e o desenho do estudo, deste modo tendo por base os objetivos do estudo já mencionados e após a transcrição das entrevistas realizadas e atribuição de um código a cada uma, foi realizada a sua análise com base na técnica de análise de conteúdo de acordo com a proposta de Laurence Bardin.

Esta técnica de acordo com Bardin (2011, p.11), afirma-se como um esforço de interpretação que pode oscilar entre a objetividade e a subjetividade, no entanto acarreta “*um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento*”.

A análise de conteúdo apresenta-se assim como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que segundo Bardin (2011) utiliza um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto.

Este método pretende analisar a informação recolhida pelas entrevistas semiestruturadas podendo assim obter informação necessária para responder à problemática do estudo.

A interpretação dos dados através da análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011), pretende ter em consideração o conteúdo das entrevistas, a sua forma e distribuição, procurando obter conhecimento do que está por de trás das palavras. É assim permitido inferir a partir dos discursos verbais ou simbólicos dos participantes, de forma a produzir conclusões que confirmam relevância teórica.

Desta forma é realizada uma análise categorial, que tem em consideração a totalidade de um “texto”, sendo posteriormente classificado e espartilhado, segundo a frequência de itens significativos. É um método de categorias, que funcionam como uma espécie de gavetas que permitem a classificação dos elementos de significação

constitutivos da mensagem. De acordo com Bardin (2011) deve-se analisar a informação obtida, seguindo as seguintes etapas:

- Pré-análise: fase da organização. Realiza-se uma leitura do material reunido e consulta-se alguns documentos considerados pertinentes para o fenómeno em estudo. Determinam-se as operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para o registo dos dados. Por último realiza-se a preparação e codificação do material;
- Exploração do material: aplicação sistemática das decisões tomadas, codificando, decompondo ou enumerando, em função das regras previamente formuladas;
- Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: produção de tabelas e diagramas, os quais contêm a informação condensada e se destaca as informações fornecidas pela análise.

2.6 - Questões Éticas

Todos os estudos de investigação são alvos de questões morais e éticas, e a escolha do tipo de estudo define o tipo de problemas que poderão surgir.

Dado que os estudos de investigação se afiguram como componentes fundamentais para um desenvolvimento do corpo de conhecimentos na área de enfermagem, a ética é algo fundamental dado que de acordo com Renaud e Renaud (1996, p.35) se afigura como a “fundamentação do agir”.

Assim, forma um conjunto de permissões e interdições que conduzem a conduta do investigador.

Deste modo é fundamental que se criem as condições necessárias para serem protegidos os princípios e direitos do ser humano.

De acordo com Fortin, Prud'Home-Brisson e Coutu-Wakulczyc (1999) existem cinco princípios fundamentais determinados pelo código de ética: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

Em qualquer estudo devem assim ser garantidos os direitos dos participantes do estudo, de modo a que não se criem conflitos que possam prejudicar o rigor empregue a um trabalho de investigação.

Deste modo, para efetivação do projeto de investigação, e tendo em consideração os princípios referidos, foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Pedido de autorização para efetivação do projeto de investigação de mestrado em Cuidados Paliativos, dirigido à Presidente da Unidade de Cuidados Continuados Dr. Queiroz de Faria;
- Consentimento informado, dirigido aos participantes;
- Pedido de autorização para a realização de estudo dirigido à Diretora da Escola Superior de Saúde.

III PARTE

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

1 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em todo o processo de análise está subjacente a problemática de investigação que é a génese de todo este estudo. Assim, procurou-se compreender como o enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados intervém na gestão da dor crónica do Doente Paliativo.

Neste capítulo são apresentados os dados emergentes das entrevistas realizadas aos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados, respetiva análise e discussão dos resultados, procurando ser o mais fidedigno à realidade do contexto profissional.

As inferências realizadas procuram ser uma reprodução da realidade, tentando captar a realidade individual de cada profissional de enfermagem, os aspetos específicos por eles referidos e os respetivos significados que cada um atribui aos fenómenos em estudo.

É importante salientar que a dor crónica é um fenómeno muito pessoal, vivenciado de diferentes formas pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, e pelos doentes, dependente das vivências pessoais, da cultura, dos aspetos espirituais e religiosos entre outros aspetos, influenciando o conceito que os enfermeiros e todos estes atores presentes no processo cuidar possuem acerca do conceito de dor crónica.

Através da análise de conteúdo dos discursos dos enfermeiros emergiram temas, categorias e subcategorias, que foram agrupadas em oito áreas temáticas que são apresentadas na seguinte tabela (tabela nº 2):

Tabela Nº 2- Áreas Temáticas Emergentes

ÁREAS TEMÁTICAS
1- CONCETUALIZAÇÕES DE DOENTE PALIATIVO NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC
2- CONCEITOS DE DOR CRÓNICA DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC
3- ASPETOS VALORIZADOS PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PERANTE A DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO
4- MONITORIZAÇÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO REALIZADA PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC
5- AS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PARA O ALÍVIO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO
6- DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO

7- NECESSIDADES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA DE UM DOENTE PALIATIVO

8- SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS AO DOENTE PALIATIVO

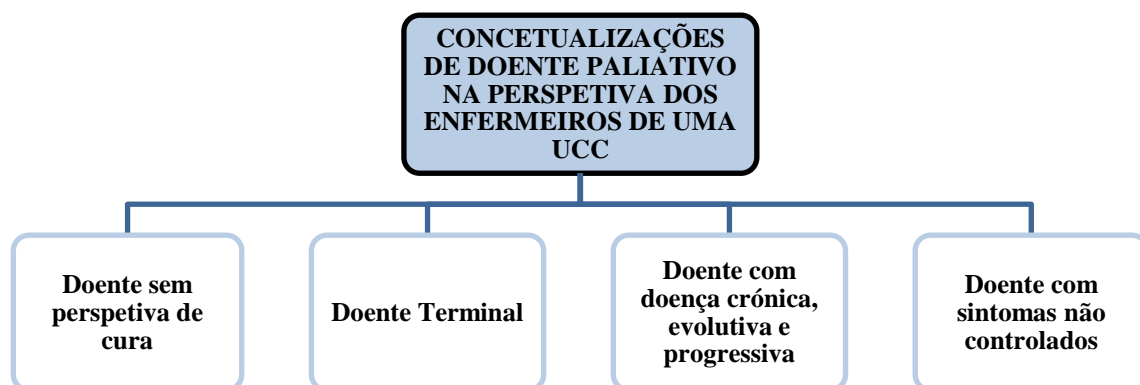
Seguidamente, são apresentadas as áreas temáticas individualizadamente, as respetivas categorias e subcategorias, com diagramas interpretativos e respetivos excertos das entrevistas efetuadas. No final de cada área temática realizamos a discussão dos resultados.

1.1 – Concetualizações de Doente Paliativo na Perspetiva dos Enfermeiros de uma UCC

Procurando perceber que conceptualizações os enfermeiros de uma UCC atribuem ao doente paliativo, colocamos a questão “O que entende por Doente Paliativo?”. Esta questão foi colocada pelo fato de a bibliografia demonstrar que definir doente paliativo é difícil pela multidimensionalidade de fatores que envolve.

Perante esta questão foram apuradas quatro categorias: *Doente sem perspectiva de cura*; *Doente Terminal*; *Doente com Doença Crónica, Evolutiva e Progressiva*; e *Doente com Sintomas não controlados*, conforme representado (Diagrama nº1).

Diagrama Nº 1 -Concetualizações de Doente Paliativo na Perspetiva dos Enfermeiros de uma UCC



A categoria de *Doente sem perspectiva de cura* foi gerada pelas afirmações de três enfermeiros:

- “Sem tratamento curativo...” (E1)

- “sem cura...” (E5; E8)

Doente Terminal é a categoria de maior enfoque na concetualização para doente paliativo, pelos enfermeiros de uma UCC, dado que é referido por seis dos enfermeiros entrevistados:

- “Doente em fase final...” (E2)
- “Em fase final de vida...” (E3)
- “Doente em fase terminal...” (E4;E7)
- “Doente que padece de doença terminal...” (E5)
- “Doente em fim de vida...” (E6)

Relativamente à categoria **Doente com Doença Crónica, Evolutiva e Progressiva**, esta é referida por um dos enfermeiros:

- “Doente portador de doença crónica...” (E3)

No que respeita a última categoria desta área temática, **Doente com Sintomas não controlados**, esta foi mencionada por dois enfermeiros:

- “Com sintomas mal controlados...” (E7)
- “Controlo de sintomatologia até à morte...” (E8)

Quadro Nº 1 –Concetualizações de Doente Paliativo na Perspetiva dos Enfermeiros de uma UCC

ENTREVISTAS	CONCETUALIZAÇÕES DE DOENTE PALIATIVO NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC			
	Doente sem perspetiva de cura	Doente Terminal	Doente com doença crónica, evolutiva e progressiva	Doente com sintomas não controlados
E 1	X			
E 2		X		
E 3		X	X	
E 4		X		
E 5		X		
E 6		X		
E 7		X		X
E 8				X

Na perspectiva dos enfermeiros de uma UCC, como se pôde verificar, doente paliativo é definido por um conjunto de conceitos, tais como: *doente sem perspectiva de cura, doente terminal, doente com doença crónica, evolutiva e progressiva e doente com sintomas não controlados*.

Parece poder-se afirmar que não é possível apresentar uma definição rigorosa de doente paliativo. Efetivamente cada enfermeiro tem um conceito próprio de acordo com as suas experiências de vida, mas se aglutinarmos o conjunto de respostas dadas, podemos inferir que os enfermeiros de uma UCC têm uma conceitualização de Doente Paliativo conforme o preconizado por Barbosa e Neto (2010).

Analisando as perspectivas dos enfermeiros e a bibliografia existente na área parece poder afirmar-se que é consensual, que os Cuidados Paliativos devem ser centrados em todos os doentes crónicos com prognóstico de vida reservado, com intenso sofrimento ou problemas de difícil resolução que exijam apoio específico, de modo a usufruírem de uma maior qualidade de vida e bem-estar.

Na perspectiva da grande parte dos enfermeiros do estudo doente paliativo é um doente terminal. Salienta Gutierrez (2001) que a elaboração de um conceito para doente terminal é complexa, na medida de existirem diversas avaliações dos diferentes profissionais, e por existir uma dificuldade grande em reconhecer tal doente.

De acordo com Barbosa e Neto (2010), o doente terminal é aquele que apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses, apresentando uma doença avançada, incurável e evolutiva. A esta tipologia de doentes segundo o mesmo autor, devemos ainda acrescentar o doente agónico (aquele que previsivelmente estará nas suas últimas horas ou dias de vida) e o doente crónico (doente sem perspectiva de cura da doença que sofre, e que exige uma mudança no estado funcional ou melhoria na qualidade de vida).

Nas UCC os doentes internados estão por um período superior a três meses, verificando-se que na sua grande maioria são doentes crónicos. A DGS (2004) salienta que o profissional de enfermagem tem o dever de abordar de forma holística o doente, tendo em consideração o sofrimento nas vertentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais. O desafio para o profissional de enfermagem torna-se assim ainda maior dado que a sua intervenção pode ocorrer em fases distintas da doença nos quais as pessoas doentes podem ser inseridas em cuidados paliativos.

Desta forma, embora os enfermeiros definam doente paliativo é necessário que se foquem neste doente que experiencia uma série de mudanças radicais. Tal como refere

Barbosa (2003, p.43), é um período em que o doente e a família se confrontam com uma série de mudanças radicais: sintomatologia em “*desesperante mutação*” ou “*exasperante constância*”; deterioração progressiva de funções, incapacidade física, dependência progressiva; correção constante nos múltiplos tratamentos farmacológicos; alteração da situação laboral (abandono), social (círculo de amigos), familiar e espiritual; tempo de

“... rotura total com o antes (. . .), que supõe uma solidão crescente, com conseqüente angústia e depressão e a irrupção de inúmeros medos (da dor, de novos sintomas, de perda de controlo, da noite, da alimentação, de se olhar ao espelho, de morrer sozinho, de não acordar, do desconhecido)”.

Deste modo, a prática de cuidados não pode ser determinada pelo diagnóstico, mas sim pelas necessidades e situação da pessoa nas diferentes fases do processo de doença.

O facto de ser um doente sem perspectiva de cura como é referido por um dos enfermeiros implica que a intervenção se baseie numa interdisciplinaridade e acompanhamento da pessoa doente e respetiva família com parte integrante da equipa no processo de doença, procurando o conforto e por conseguinte o bem-estar.

Salienta-se ainda, que dois enfermeiros do estudo designaram doente paliativo como um doente com sintomas não controlados, o que demonstra que os sintomas constituem a razão das principais queixas do doente.

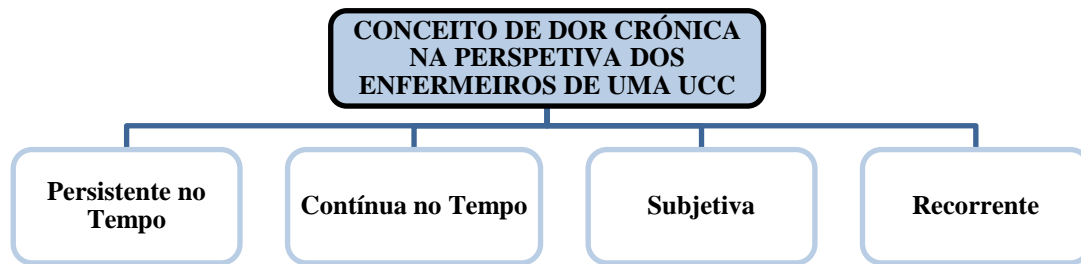
Do ponto de vista destes enfermeiros parece inferir-se que são múltiplos os aspetos a contemplar nos doentes paliativos pois confrontam-se com problemas de natureza variada que interatuam e se potenciam provocando sofrimento ou dor total, segundo Clark (1999).

É importante saber-se que é possível olhar para o doente paliativo como um doente que se encontra a experienciar uma fase da vida em que os enfermeiros investem e continuam a estar presentes, não abandonando os que não se curam e estão em sofrimento.

1.2 – Conceito de Dor Crónica dos Enfermeiros de uma UCC

Da análise de conteúdo realizada às entrevistas efetuadas aos enfermeiros de uma UCC, verificamos que os enfermeiros reconhecem que a dor crónica é: ***Persistente no Tempo; Contínua no Tempo; Subjetiva e Recorrente***. (Diagrama nº2)

Diagrama Nº 2 - Conceito de Dor Crónica na Perspetiva dos Enfermeiros de uma UCC



A categoria ***Persistente no Tempo*** foi referida por sete enfermeiros:

- “*sempre presente...*” (E1)
- “*constante...*” (E2)
- “*que se mantém, persistente...*” (E3)
- “*persistente no tempo...*” (E4)
- “*dor persistente...*” (E5;E7)
- “*dor persistente superior a 3 meses...*” (E8)

No que se refere à categoria ***Contínua no Tempo***, esta foi referida por um dos enfermeiros:

- “*contínua...*” (E1)

A descrição do conceito de Dor Crónica como ***Subjetiva*** foi referida por um dos enfermeiros:

- “*dor é sempre subjetiva...*” (E6)

Por último, a categoria ***Recorrente*** foi referida por um dos enfermeiros entrevistados:

- “*recorrente...*”(E8)

Quadro Nº 2 - Conceito de Dor Crónica na Perspetiva dos Enfermeiros de uma UCC

ENTREVISTAS	Conceito de Dor Crónica na Perspetiva dos Enfermeiros de uma UCC			
	Persistente no Tempo	Contínua no Tempo	Subjetiva	Recorrente
E 1	X	X		
E 2	X			
E 3	X			
E 4	X			
E 5	X			
E 6			X	
E 7	X			
E 8	X			X

Perante o conjunto de conceitos que foram referenciados pelos enfermeiros entrevistados pode-se afirmar que se encontra em concordância na definição do conceito de Dor Crónica com o da DGS (2008).

Na verdade a dor é uma realidade bastante complexa que se reveste de grande importância na medida em que se trata de um fenómeno multidimensional que envolve a dimensão biológica, psicológica, comportamental, moral e social. Por se tratar de um dos sintomas mais comuns que acometam a pessoa com uma doença crónica ou em fim de vida, segundo Barbosa e Neto (2010), a sua presença altera a interação social com um impacto elevado na qualidade de vida.

Um facto assumido pelos enfermeiros é que ela é persistente e continua no tempo, de tal forma, e tal como salienta Mackintosh (2005), que tem fortes implicações humanas, psicológicas e sociais.

Os enfermeiros do estudo também salientam que ela é subjetiva e recorrente o que demonstra que ela é um fenómeno complexo, subjetivo e que não existe forma de a quantificar de forma objetiva.

Com efeito e de acordo com Twycross (2003,p.83) “ *a dor física nunca é somente física, a dor é aquilo que o doente chama de sofrimento*”.

Também Sarti (2001) refere que a dor é definitivamente uma experiência subjetiva, um sentimento de choque, sofrimento e solidariedade, comum frente à dor do outro.

Contudo, a experiência do sentir é única e individual, enquanto o significado da dor pode ser compartilhado devido à experiência humana que é uma realidade coletiva.

Quando o controlo da dor não é conseguido, de acordo com Barbosa e Neto (2010), reflete-se desnecessariamente em sofrimento e má qualidade de vida.

O facto de a dor ser subjetiva conforme definem os enfermeiros do estudo coloca desafios aos enfermeiros e a todos os profissionais de saúde na medida em que terão que a compreender não apenas os mecanismos biológicos, mas que a dor está integrada num trajeto ascendente e descendente e engloba a espinal medula, o sistema límbico e o córtex cerebral que interage ativamente com o estado bio psicológico, cultural e espiritual de cada pessoa.

Também Bidarra (2012), salienta que a dor como subjetiva, é de difícil compreensão e uma experiência holística. Este conceito de dor para os enfermeiros é reiterado igualmente na tese de mestrado de Pontes (2012), em que para além de outras denominações os enfermeiros classificam a dor como uma experiência subjetiva.

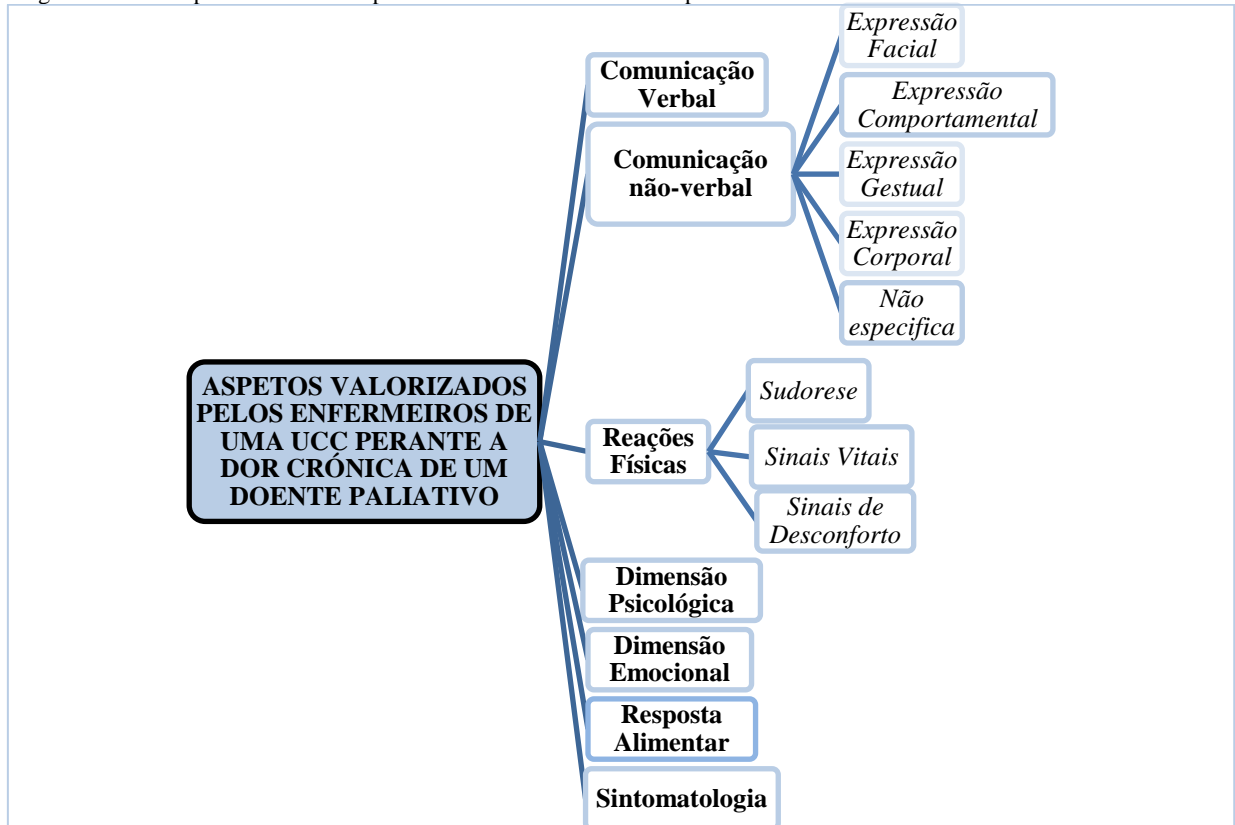
A grande maioria dos enfermeiros do estudo, refere-se à dor como persistente tendo um deles acrescentado a denominação de recorrente, o que reitera a definição de dor crónica da DGS (2008) que a define como uma dor persistente ou recorrente com duração igual ou superior a três meses e que persiste para além da cura da lesão que a originou.

A definição de contínua no tempo definida por um dos enfermeiros, indica que é um sintoma que deve ser olhado como uma doença em si. Para isso é necessário que se procure a sua fisiopatologia, etiologia, tratamento e prognóstico.

1.3 – Aspetos Valorizados pelos Enfermeiros de uma UCC Perante a Dor Crónica de um Doente Paliativo

Relativamente aos aspetos valorizados pelos enfermeiros de uma UCC perante a dor crónica de um doente paliativos, nas entrevistas foram inferidas as seguintes categorias: *Comunicação Verbal; Comunicação Não-Verbal; Reações Físicas; Dimensão Psicológica; Dimensão Emocional; Resposta Alimentar e Sintomatologia* (Diagrama N° 3).

Diagrama Nº 3 - Aspetos Valorizados pelos Enfermeiros de uma UCC perante a Dor Crónica de um Doente Paliativo



No que se refere à categoria da *Comunicação Verbal*, esta é referida por um dos enfermeiros:

- “comunicação verbal...” (E2)

Na categoria *Comunicação Não-Verbal*, estão inseridas cinco subcategorias mencionadas pelos enfermeiros entrevistados: *Expressão Facial*; *Expressão Comportamental*; *Expressão Gestual*; *Expressão Corporal*; e *não específica*.

A subcategoria *Expressão Facial* é mencionada por cinco dos enfermeiros entrevistados:

- “fácis da dor da doente...” (E1)
- “expressão facial...” (E3)
- “expressão facial...” (E4)
- “alteração da expressão facial...” (E5)
- “expressão facial...” (E7)

A *Expressão Comportamental*, por sua vez é referida por dois enfermeiros:

- “reações do doente...” (E3)
- “comportamento (inclusivamente a componente psicológica)...” (E4)

Outra das subcategorias referidas no que concerne à categoria **Comunicação Não-Verbal** trata-se da *Expressão Gestual*, a qual é referida por um dos enfermeiros entrevistados:

- “gritos e/ou gemidos...” (E1)

Foi referido por três enfermeiros a subcategoria *Expressão Corporal* como aspeto valorizado perante a dor crónica:

- “postura corporal (espasticidade)...” (E1)
- “postura corporal...” (E4)
- “postura corporal...” (E5)

Por último, a subcategoria *não específica*, que foi referida por um dos enfermeiros no estudo:

- “observo a comunicação não-verbal...” (E2)

Relativamente à categoria **Reações Físicas** emergiram três subcategorias: *Sudorese*; *Sinais Vitais*; e *Sinais de Desconforto*.

Em relação à subcategoria *Sudorese*, esta foi mencionado por um dos enfermeiros:

- “presença de sudorese...” (E1)

Respeitante à subcategoria *Sinais Vitais*, esta foi relatada por um dos enfermeiros inquiridos:

- “sinais vitais...” (E3)

Por último, os *Sinais de Desconforto*, foi a subcategoria mais referida em relação às reações físicas (três enfermeiros):

- “sinais de desconforto...” (E5)
- “o incómodo do doente, o facto de ele não se sentir bem...” (E6)
- “desconforto do doente...” (E7)

Uma das categorias referidas por um inquirido foi a **Dimensão Psicológica**:

- “estado anímico do doente (eventualmente tristeza, menos comunicativo) ...” (E1)

Outra das categorias inserida nos aspetos valorizados pelos enfermeiros perante a dor Crónica foi a **Dimensão Emocional**, referido por um enfermeiro:

- “menor tolerância às visitas...” (E1)

A **Resposta Alimentar**, foi outras das categorias mencionadas nas entrevistas por um dos enfermeiros:

- “Diminuição do apetite....” (E1)

Como última categoria, apresenta-se a **Sintomatologia**, que foi igualmente referida por um enfermeiro:

- “*aumento das queixas...*” (E1)

Quadro Nº 3 - Aspetos Valorizados pelos Enfermeiros de uma UCC perante a Dor Crónica de um Doente Paliativo

ENTREVISTAS	Aspetos Valorizados pelos Enfermeiros de uma UCC perante a Dor Crónica de um Doente Paliativo												
	Comunicação Verbal	Comunicação não-verbal					Reações Físicas			Dimensão Psicológica	Dimensão Emocional	Resposta Alimentar	Sintomatologia
		Expressão Facial	Expressão Comportamental	Expressão Gestual	Expressão Corporal	Não específica	Sudorese	Sinais Vitais	Sinais de Desconforto				
E 1		X		X	X		X			X	X	X	X
E 2	X					X							
E 3		X	X					X					
E 4		X	X		X								
E 5		X			X				X				
E 6									X				
E 7		X							X				
E 8													

Em relação à área temática *Aspetos valorizados pelos Enfermeiros de uma UCC perante a Dor Crónica do Doente Paliativo*, a comunicação verbal é referida apenas por um enfermeiro como aspeto a valorizar.

No estudo de Araújo, Silva e Francisco (2004), os enfermeiros manifestam compreender o valor da comunicação, mas consideram extremamente difícil comunicar com pessoas que estão a morrer, pela complexidade da situação. Alguns enfermeiros, neste mesmo estudo de Araújo, Silva e Francisco (2004), utilizam nesses momentos a linguagem não-verbal como um apertar de mão ou escutar.

No entanto, a comunicação é primordial, dado que o autorrelato da dor deve ser uma estratégia de eleição na ação do profissional de saúde e nomeadamente do enfermeiro, sempre que possível. De acordo com Azevedo et. al. (2008) a heteroavaliação da dor deve ser efetuada quando o autorrelato não é possível.

Deste modo, valorizar todos os aspetos que envolve a presença da dor crónica num doente paliativo constituem um direito e uma obrigação dos profissionais de saúde e nomeadamente dos enfermeiros que devem criar estratégias para diminuir o sofrimento provocado por este quadro.

A comunicação é fundamental na relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro, o doente e família objetivando uma relação de ajuda efetiva, onde doente e família possam revelar seus estados emocionais e sentimentais, reduzindo assim de forma significativa a dor total.

Mas a comunicação em cuidados paliativos é difícil, talvez por isso só salientada e valorizada por um dos enfermeiros do estudo. Este pilar dos cuidados paliativos exige conhecimentos e desenvolvimento de competências e habilidades que, conforme referem Hallenbeck, Katz e Stratos (2003), é necessário desenvolver competências de comunicação (em particular na comunicação em fim de vida) que permitam que esta se torne eficaz. No entanto, apresentam-se como muito difíceis de adquirir.

Salienta-se no entanto, que nas UCC a maioria dos doentes não apresenta nível de compreensão da informação nem um estado de saúde que lhe permita estabelecer uma comunicação oral.

De acordo com Taube (2003), há necessidade de se ter sempre presente a importância superior da comunicação não-verbal, quer no comportamento dos profissionais de saúde, quer na avaliação dos doentes e seus significativos. Nesta linha os enfermeiros da UCC do estudo consideram a comunicação não-verbal como uma estratégia terapêutica de intervenção no alívio da dor crónica e no controlo de sintomas associados à doença

avançada e terminal. Verifica-se deste modo que os enfermeiros reconhecem que para se atingir uma comunicação eficaz, deve-se ter em conta que cada doente é único, assim como é única e particular a situação que, quer o doente, quer a família, se encontram no momento que vivem.

Trata-se pois de um aspeto fundamental para atender à multidimensionalidade do doente com dor crónica, na medida em que pode ajudar o doente a conhecer e a compreender a sua doença, ajudando-o a aceitar a sua incurabilidade, sem nunca perder a esperança de ter um final de vida com o mínimo de sofrimento.

Assim, saber comunicar vai muito para além do meramente verbal, sendo referido por Silva (2005) a comunicação cinésica (linguagem do corpo), como algo que deve ser tido em conta pelos enfermeiros.

As reações físicas apresentadas pelo doente paliativo são outros dos aspetos valorizados pelos enfermeiros que participaram no estudo. Parece poder-se dizer que os enfermeiros procuram de forma natural identificar aquilo que é importante para o mesmo através de uma atitude de procura e compreensão das vivências do doente.

Esta ideia é reconhecida por Twycross (2003) quando este salienta que numa situação de doença incurável e/ou grave e com prognóstico reconhecidamente limitado, a abordagem de um profissional de saúde fica incoerente se apenas se limitar ao alívio dos sintomas físicos.

A dimensão psicológica, emocional, perda de apetite e a sintomatologia também foram aspetos valorizados pelos enfermeiros o que dá um especial realce aos mais variados aspetos que um enfermeiro de uma UCC valoriza perante a dor crónica.

Esta valorização multidimensional da dor por parte dos enfermeiros é igualmente mencionada por Pontes (2012) no seu estudo, em que concluiu que os enfermeiros identificam a dor através do toque pessoal, valorizando as queixas pessoais e emocionais do doente paliativo e observando a reação deste, identificando-a como o quinto sinal vital.

Podemos perante os resultados obtidas, acerca dos aspetos valorizados pelos enfermeiros inferir que se enquadram nos primeiros pressupostos mencionados por Cicely Saunders no início do movimento moderno dos cuidados paliativos, em que se refere à necessidade de cuidar da pessoa numa perspetiva global.

Perante a multicausalidade da dor e a sua multidimensionalidade associada podemos igualmente inferir que o enfermeiro deve ser um profissional atento aos pormenores. A atenção ao detalhe faz a diferença na área da saúde, fundamentalmente, quando se trata do cuidar ao doente paliativo, dado que o maior conhecimento da pessoa,

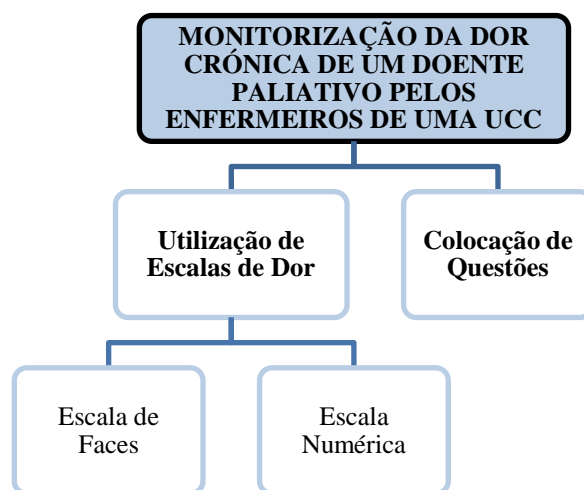
dos seus princípios e valores, poderá ser um importante alicerce para um processo de doença que implica mudanças nos estilos de vida.

Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo passa com a pessoa acometido a um processo de doença torna-se assim um imperativo a atenção ao pormenor, com o intuito de evitar juízos incorretos, e ao mesmo tempo poder corresponder ao doente e às suas necessidades que não se limitam à componente física.

1.4 - Monitorização da Dor Crónica de um Doente Paliativo pelos Enfermeiros de uma UCC

Após o tratamento dos dados das entrevistas realizadas, inferiram-se em relação à monitorização da dor crónica de um doente paliativo pelos enfermeiros de uma UCC as seguintes categorias: *Utilização de Escalas de Dor; Colocação de Questões* (Diagrama N°4).

Diagrama N°4 - Monitorização da Dor Crónica de um Doente Paliativo pelos Enfermeiros de uma UCC



A categoria da *Utilização de Escalas de Dor*, que está inserida nesta área temática compreende duas subcategorias: *Escala de Faces; Escala Numérica*.

Em relação à subcategoria *Escala de Faces*, esta sobressaiu em todos os enfermeiros:

- “escalas de fácis de dor..” (E1; E2;E3; E4; E5;E6; E7;E8)

Por sua vez a subcategoria *Escala Numérica* é referida por sete enfermeiros:

- “escala numérica (se comunicar)...” (E1)

- “escala numérica...” (E3)
- “escala numérica (caso seja consciente e orientado)...”(E4)
- “escala (...) numérica...” (E5)
- “escala numérica...” (E6)
- “escala (...) numérica...” (E7)
- “escala (...) numérica...” (E8)

Por último, relativamente a esta área temática sobressaiu a categoria *Colocação de Questões* na entrevista a um dos enfermeiros inquirido:

- “Questionando o doente...” (E4)

Quadro N°4 - Monitorização da Dor Crónica de um Doente Paliativo pelos Enfermeiros de uma UCC

ENTREVISTAS	Monitorização da Dor Crónica de um Doente Paliativo pelos Enfermeiros de uma UCC		
	Utilização de Escalas de Dor		Colocação de Questões
	Escala de Faces	Escala Numérica	
E 1	X	X	
E 2	X		
E 3	X	X	
E 4	X	X	X
E 5	X	X	
E 6	X	X	
E 7	X	X	
E 8	X	X	

O fenómeno da dor, de acordo com Bidarra (2012) caracteriza-se por ser um conceito de difícil compreensão e que representa uma experiência subjetiva e holística (fenómeno multidimensional).

Assim, no que concerne à monitorização da dor crónica de um doente paliativo, foi respondido pelos enfermeiros inquiridos de uma forma unânime o recurso a escalas de dor unidimensionais.

Porém é importante referir que a monitorização de algo tão subjetivo como a dor implica um estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o doente de modo a conseguir-se monitorizar a dor com eficácia. Monitorizar a dor exige

assim, a identificação das causas, da intensidade da dor e do impacto que esta tem na vida diária do doente.

O estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro - doente é um imperativo para uma monitorização da dor crónica numa UCC. Deste modo o estabelecimento de uma relação de confiança é defendido pelos enfermeiros da UCC concebendo a dor como um fenómeno complexo mediatizado por interações.

Para além do cariz quantitativo em que se avalia a descrição da intensidade da dor pelo doente, Valadas (2003) refere mesmo que o procedimento de avaliação da dor tem um cariz qualitativo em que a observação dos comportamentos do indivíduo, a aparência, descrição das dores e o impacto pessoal da dor deve ser tida em conta pelo profissional.

Esta referência de Valadas (2003) é reiterada por um dos enfermeiros inquirido, que para além da utilização das escalas realça a colocação de questões como uma estratégia utilizada para a monitorização da dor. O autorrelato é igualmente referido pela Ordem dos Enfermeiros (2008) como a fonte primordial de informação, e reconhece a pessoa como o avaliador indicado para a sua própria dor.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) reconhece igualmente as escalas referidas pelos enfermeiros nas entrevistas (escala de faces e numérica), como instrumentos de autoavaliação preferenciais no alívio da intensidade da dor.

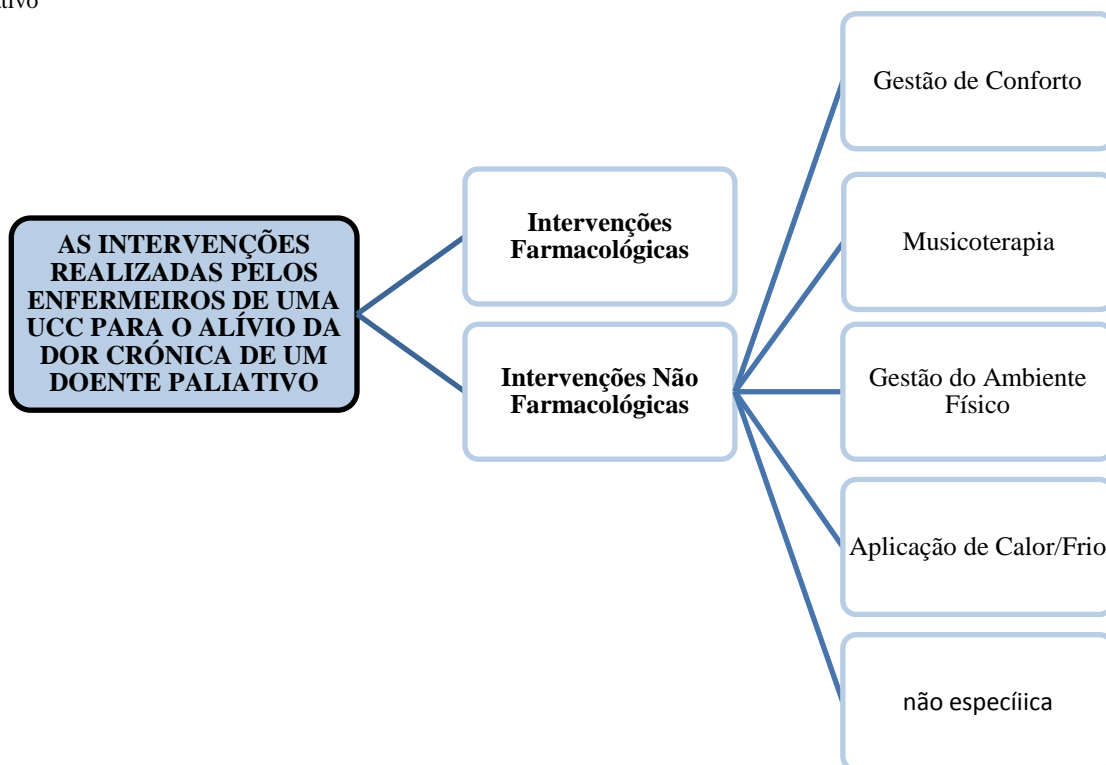
Verifica-se que tal como no estudo de Pontes (2012) os enfermeiros utilizam igualmente escalas unidimensionais para a avaliação da dor. Porém ao contrário do estudo de Pontes (2012) em que os enfermeiros utilizam apenas uma estratégia de avaliação, no nosso estudo os resultados evidenciam que os enfermeiros utilizam outra estratégia de avaliação da dor para além das referidas escalas (colocação de questões).

De salientar ainda que os enfermeiros da UCC monitorizam a dor por turno nas 24 horas, tal como o recomendado pela OE (2008).

1.5 – As Intervenções Realizadas pelos Enfermeiros de uma UCC para o Alívio da Dor Crónica de um Doente Paliativo

Perante a questão “Quais as intervenções que realiza para o alívio da dor crónica no doente paliativo?”, surgiu a área temática as intervenções realizadas pelos enfermeiros de uma UCC para o alívio da dor crónica de um doente paliativo. Nesta área temática surgiram as categorias: *Intervenções Farmacológicas e Intervenções Não Farmacológicas* (Diagrama N° 5).

Diagrama Nº 5 - As Intervenções Realizadas pelos Enfermeiros de uma UCC para o Alívio da Dor Crónica de um Doente Paliativo



No respeitante à categoria das **Intervenções Farmacológicas** como um conjunto de intervenções realizadas para o alívio da dor, estas foram referidas pela totalidade dos enfermeiros:

- “Intervenções no âmbito farmacológico (ajuste de analgesia) ...” (E1)
- “farmacológicas (morfina/selo transdérmico)...” (E2)
- “intervenções do âmbito farmacológico...” (E3;E5;E7;E8)
- “intervenções farmacológicas (medicação prescrita)...” (E4)
- “medidas (...) farmacológicas” (E6)

Porém, para além deste tipo de medidas, uma grande maioria dos enfermeiros entrevistados (sete), refere o recurso a **intervenções não farmacológicas** para o alívio da dor. Em relação a esta categoria emergem cinco subcategorias: *Gestão de Conforto*; *Musicoterapia*; *Gestão do Ambiente Físico*; *Aplicação de calor/frio*; e *não específica*.

A subcategoria *Gestão de Conforto* foi mencionada por três dos enfermeiros inquiridos:

- “...não farmacológico (posicionamento antiálgico...)” (E1;E2)
- “não farmacológicas (posicionamento)” (E4)

A *Musicoterapia* foi uma subcategoria revelada por um enfermeiro:

- “...não farmacológico (...musicoterapia)” (E1)

No que respeita à *Gestão do Ambiente Físico*, esta foi uma subcategoria mencionada por um dos enfermeiros participantes no estudo:

- “...*não farmacológico (...ausência de ruídos...)*” (E1)

Em relação à *Aplicação de calor/frio* houve um dos enfermeiros entrevistados a referir como um dos recursos utilizados por si:

- “*não farmacológico (calor...)*” (E2)

Por fim, em relação à categoria das **intervenções não farmacológicas**, e referentes à subcategoria *não específica*, houve um conjunto de quatro enfermeiros que não especificou o conjunto de medidas a que recorre:

- “*intervenções não farmacológicas*”(E3;E5;E6; E8)

Quadro Nº 5 - As Intervenções Realizadas pelos Enfermeiros de uma UCC para o Alívio da Dor Crónica de um Doente Paliativo

ENTREVISTAS	As Intervenções realizadas pelos Enfermeiros de uma UCC para o alívio da Dor Crónica de um Doente Paliativo					
	Intervenções Farmacológicas	Intervenções Não Farmacológicas				
		Gestão de Conforto	Musicoterapia	Gestão do Ambiente Físico	Aplicação de Calor/Frio	não específica
E 1	X	X	X	X		
E 2	X	X			X	
E 3	X					X
E 4	X	X				
E 5	X					X
E 6	X					X
E 7	X					
E 8	X					X

Depois de uma monitorização da dor adequada, os enfermeiros devem efetuar um planeamento da sua intervenção junto do doente que vise o alívio da dor.

As intervenções efetuadas pelos enfermeiros de uma UCC são assim de dois âmbitos: intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

A realização de intervenções farmacológicas por parte dos enfermeiros de uma UCC foi um denominador comum a todos os entrevistados acerca da sua intervenção para

o alívio da dor crónica. Deste modo, dado que a intervenção farmacológica é uma importante intervenção para o alívio da dor, compete ao enfermeiro garantir a administração dos fármacos e possuir conhecimentos que lhe permitam julgar se estes conferem maior bem-estar ao doente crónico.

Sendo um imperativo ao doente paliativo o cuidar, como refere Cerqueira (2005), cabe assim ao enfermeiro através de um conjunto de ações independentes e interdependentes garantir o conforto e qualidade de vida.

Este tipo de intervenções contempla uma ampla gama de medicamentos analgésicos, de diferentes características, e respetivos adjuvantes, com os quais um enfermeiro que trabalhe nesta área deve estar familiarizado de modo a proporcionar conforto e qualidade de vida ao doente.

Este estudo, encontra igualmente semelhanças com o de Pontes (2012), onde é referido que os enfermeiros proporcionam o alívio da dor através do uso de fármacos.

O estudo de Pontes (2012) refere igualmente que o uso de fármacos é a primeira linha de intervenção para o alívio da dor, o que de igual forma podemos inferir neste estudo dado que é um conhecimento transversal a todos os enfermeiros entrevistados.

Porém em consonância com intervenções farmacológicas, a grande maioria dos enfermeiros entrevistados (sete) refere que efetuam intervenções do âmbito não farmacológico.

Na sua grande maioria as intervenções de cariz não farmacológico são realizadas de uma forma autónoma para o alívio da dor por parte do enfermeiro, e têm como objetivo maior serem adjuvantes de outro tipo de terapias.

No que concerne a este tipo de intervenções, a OE (2008) refere que promovem o bem-estar do doente, e que poderão ser do âmbito cognitivo-comportamental, físico e de suporte emocional.

As intervenções não farmacológicas referidas pelos enfermeiros são: gestão do conforto; musicoterapia; gestão do ambiente físico; aplicação de calor/frio e não específica. De todo este conjunto de intervenções pode-se inferir que se enquadram no referido pela OE (2008) e que os enfermeiros no global demonstram conhecimentos de modo a poder proporcionar um maior conforto e bem-estar à pessoa acometida a um processo de doença.

Em relação às medidas de conforto referidos pelos enfermeiros podemos por inferência incluí-las em alguns pontos referidos pela OE (2008), tal como a massagem, o toque terapêutico e conforto. Estes três tipos de intervenção são todos com o âmbito do

conforto, bem-estar, proporcionar qualidade de vida, controlar a dor e diminuir a ansiedade.

Esta evidência é corroborada por Billhult e Dahlberg (2001), no seu estudo efetuado através de entrevistas a 8 mulheres doentes com cancro após terem sido aplicados massagens durante 10 dias consecutivos. Verificaram que as massagens significavam para as mulheres alívio do sofrimento. Ao analisar a experiência de ser massajada, descrita pelas doentes, foram identificados cinco temas: oferece à doente a experiência de ser especial; contribui para o desenvolvimento de uma relação positiva com o pessoal; faz a doente sentir-se forte; proporciona equilíbrio entre autonomia e dependência; e simplesmente “sabe bem”.

A gestão do ambiente físico e musicoterapia utilizadas pelos enfermeiros de uma UCC poderão ser incluídas nas medidas de relaxamento e distração preconizadas pela OE (2008), em que o objetivo é desviar o foco de atenção na dor.

A musicoterapia é evidenciada por Johnston e Rohaly-Davis (1998), como uma terapia fundamental para a redução do stress psicofisiológico, da dor, da ansiedade e do isolamento. Good et al. (2001), por sua vez, num estudo experimental desenvolvido em cinco hospitais dos EUA, a uma amostra de 468 doentes cirúrgicos, divididos em quatro grupos, aplicou as seguintes técnicas: 1º grupo - técnica de relaxamento; 2º grupo – música; 3º técnica de relaxamento mais música e 4º grupo – controle - ao qual não foi aplicado nenhuma daquelas técnicas. Os seus objetivos consistiam em avaliar o seu efeito sobre a dor, no 1º e 2º dia após a cirurgia. Os resultados demonstraram que as técnicas quando aplicadas em conjunto ou separadamente reduziam de forma semelhante a dor havendo uma diferença significativa quando comparadas com o grupo de controlo. Não encontraram diferença significativa da dor entre o 1º e 2º dia.

Com a aplicação de calor/frio, os enfermeiros da UCC pretendem promover o relaxamento do doente tal como o preconizado pela OE (2008), e ao mesmo tempo diminuir alguma inflamação.

O não especificar as técnicas não farmacológicas na resposta dos enfermeiros de uma UCC não deixa de ser importante, dado que apesar de não referenciar a técnica utilizada em específico reconhece a importância destas para o alívio da dor em consonância com a utilização de fármacos.

Os resultados deste estudo vão de encontro ao realizado por Sousa (2009) em relação à utilização de técnicas não farmacológicas. Tal como neste estudo Sousa (2009) verificou que os enfermeiros entrevistados na sua grande maioria possuem conhecimentos

acerca de técnicas não farmacológicas, no estudo do mesmo autor o conhecimento sobre técnicas não farmacológicas não é influenciado pela idade do enfermeiro, sexo, experiência profissional o que se poderá inferir no estudo realizado dado que a utilização destas técnicas é transversal a sete dos oito entrevistados.

Pode-se, igualmente, encontrar semelhanças nos resultados deste estudo com o de Pontes (2012) pois também foi inferido que os enfermeiros procedem a intervenções do âmbito não farmacológico como as medidas físicas (como a massagem) ou medidas psicológicas.

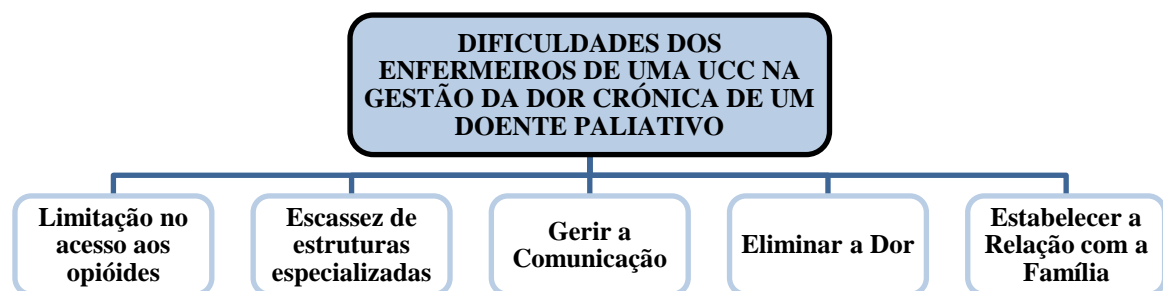
De um modo geral, parece poder-se inferir que estes profissionais de saúde concebem o conceito de bem-estar, na medida em que percebem que é um foco central dos cuidados de enfermagem. Verificou-se efetivamente que os enfermeiros têm a seu cargo a avaliação e o alívio da dor daqueles que estão ao seu cuidado. O alívio da dor total associado à doença, e à proximidade da morte exige, por parte do enfermeiro de uma intervenção verdadeiramente terapêutica, que implica o domínio de técnicas de comunicação, de experiência e maturidade.

1.6 - Dificuldades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo

Perante qualquer intervenção em enfermagem existe um conjunto de dificuldades com que eventualmente o profissional se poderá deparar, daí que nas entrevistas realizadas foram inquiridos os enfermeiros no sentido de perceber quais as suas dificuldades no âmbito da gestão da dor crónica de um doente paliativo.

Surgiram assim no âmbito desta área temática as seguintes categorias: ***Limitação no acesso aos opióides; Escassez de estruturas especializadas; Gerir a Comunicação; Eliminar a Dor; Estabelecer Relação com a Família*** (Diagrama nº6).

Diagrama Nº 6 - Dificuldades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo



A **Limitação no acesso aos opióides** foi referida por cinco enfermeiros:

- *“Limitação de fármacos, que se refletem em falta de meios para um adequado controlo da dor” (E1)*
- *“Mais medicação, para outros tipos de vias como endovenosa ou opiáceos fortes” (E2)*
- *“A maior dificuldade é a disponibilidade de medicação (não é possível ter morfina para administração endovenosa/subcutânea) ” (E4)*
- *“Falta de meios para intervir, há um limiar de medicação disponível para consumo em unidades de cuidados continuados acabando-se por não dar o conforto adequado aos doentes” (E7)*
- *“A maior dificuldade é no acesso à terapêutica que possa proporcionar um maior bem-estar aos doentes, havendo casos em que não ocorre um controlo a 100% desta sintomatologia” (E8)*

Em relação à categoria **Escassez de estruturas especializadas**, foi mencionada por um enfermeiro:

- *“Como dificuldade muitas vezes verifica-se que as unidades se apresentam como um último local para o internamento deste tipo de doentes dado a escassez de estruturas especializadas nesta área” (E3)*

Outra das dificuldades referidas, neste caso por um dos entrevistados refere-se a **Gerir a Comunicação** nestas situações:

- *“Gerir a relação com o doente e comunicação neste processo de doença” (E5)*

A categoria **Eliminar a Dor**, surge como uma dificuldade apontada por um dos inquiridos:

- *“O facto de perceber que por vezes não é possível controlar a dor na totalidade, não proporcionando assim conforto ao doente” (E6)*

A última dificuldade que surgiu no âmbito destas entrevistas foi **Estabelecer Relação com a Família**, neste caso por um dos participantes:

- *“Dificuldade em lidar com a família e doente visto que implica uma relação estreita com estes e com o cuidar” (E3)*

Quadro Nº 6 - Dificuldades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo

ENTREVISTAS	Dificuldades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo				
	Limitação no acesso aos opióides	Escassez de estruturas especializadas	Gerir a Comunicação	Eliminar a Dor	Estabelecer a Relação com a Família
E 1	X				
E 2	X				
E 3		X			X
E 4	X				
E 5			X		
E 6				X	
E 7	X				
E 8	X				

O enfermeiro é um profissional de saúde em constante aprendizagem, procurando sempre adquirir mais competências de modo a poder ser mais capaz de proporcionar os melhores cuidados de saúde ao doente.

Os resultados evidenciam que os enfermeiros apresentam uma série de dificuldades que se estendem desde a limitação no acesso aos opióides; escassez de estruturas especializadas; gerir a comunicação; eliminar a dor até ao estabelecimento de uma relação com a família.

A limitação de acesso aos opióides surge como uma das grandes dificuldades nas UCC. Este tipo de entraves surge por limitação no acesso a este tipo de terapêuticas por parte destas instituições, e por outro lado por algum tipo de mitos associados ao uso das morfina.

Os mitos da morfina são abordados num artigo por Fragoso (2002), em que refere que estas situações surgem por falta de formação pré e pós-graduada na avaliação semiológica e diagnóstica, o não reconhecimento da morbilidade da dor, e os receios da prescrição de opióides mesmo em casos de dor severa.

As conceções erróneas sobre este tipo de fármacos são das mais variadas ordens, de acordo com Fragoso (2002) desde: uma suposta dependência dos fármacos, que mais não é senão o desejo do doente em ver a sua dor tratada de um modo eficaz; o suposto

efeito sedativo, que mais não é que um efeito de relaxamento após um período em que a dor crónica motiva uma alteração do padrão de sono; a existência de protocolos de analgesia desfasados da realidade; a utilização da morfina apenas como último recurso; uma subvalorização da dor quando não é identificada a sua causalidade; o receio de uma utilização de morfina numa fase inicial, como um fator que impossibilitará tratamentos posteriores; a depressão respiratória, que não ocorre pelo efeito antagonista da dor sobre a ação depressora dos opiáceos; a definição errónea de doses *standard*; a conceção que o aumento da dose signifique dependência; e a suposta menor eficácia de opiáceos via oral que são igualmente eficazes, devendo no entanto ter em consideração a evolução do estado geral do doente para a via de administração a selecionar.

Esta contrariedade com que o profissional de enfermagem se depara pode funcionar como um grande entrave para a concretização de dois dos objetivos específicos da criação da rede de cuidados continuados, através do decreto de lei nº 101 (2006), em que é referido que estas instituições pretendem a melhoria dos cuidados de saúde e ao mesmo tempo cobrir progressivamente as necessidades das pessoas em situação de dependência.

A dificuldade no acesso à terapêutica opióide é igualmente corroborada pelo estudo de Pontes (2012) em que os enfermeiros entrevistados referem que para um alívio da dor é necessário terapêutica adequada às necessidades dos doentes.

Em consonância para a limitação no acesso à terapêutica opióide, uma das dificuldades apontadas por um dos enfermeiros de uma UCC é eliminar a dor. Este facto associa-se de uma forma natural à outra dificuldade referida pelos enfermeiros da limitação no acesso a determinados fármacos.

Neste ponto porém não se pode associar apenas a este fator farmacológico, dado que não se pode perspetivar a dor meramente no aspeto físico mas também em todas as suas vertentes biopsicossociais. No Programa Nacional de Controlo da Dor é mesmo firmado pela DGS a necessidade de proporcionar conforto ao doente e melhorar a sua qualidade de vida, o que apesar da necessidade de controlo de custos implica a formação do profissional.

Esta necessidade torna-se evidente, não só por ter sido evidenciada por um dos enfermeiros inquiridos, mas também porque é reconhecida a importância de uma atuação célere na dor crónica como fator facilitador de controlo da dor, e consequentemente promotor da qualidade de vida e conforto no doente paliativo.

No que respeita à escassez de estruturas especializadas na área do cuidar do doente paliativo, podemos inferir que se trata de uma necessidade crescente que se verifica entre os profissionais de saúde de este tipo de doentes carecer de cuidados centrados num cuidar efetivo, em que existam equipa de saúde com formação específica nesta área.

No estudo de Pontes (2012) é por inferência corroborada esta dificuldade dado que afirma a necessidade da existência de uma equipa especializada para o alívio da dor, assim como uma infraestrutura adequada de modo a potenciar o bem-estar do doente paliativo.

Pela expressão utilizada pelo enfermeiro que refere esta escassez de estruturas especializadas como dificuldade, pode-se igualmente inferir que os doentes paliativos muitas vezes são enviados para as UCC como último recurso para o internamento dado a inexistência de valências mais adequadas. Contudo, importa referir que estes locais serão os mais indicados para prestação de cuidados globais de acordo com a necessidade dos doentes, estando para isso dotados de todas as componentes para aliviar a dor do doente, não se centrando somente na componente física.

Para tal, o enfermeiro deve ser capaz de efetuar uma gestão adequada da comunicação e ao mesmo tempo estabelecer uma relação com a família do doente, dificuldades estas apontadas por dois dos profissionais de enfermagem inquiridos.

Estes dois pontos referidos pelos enfermeiros de uma UCC são essenciais, dado que numa sociedade em que se pretende uma relação terapêutica cada vez mais humanizante, é imperioso o estabelecimento de uma comunicação e de uma relação com o doente e família cada vez mais informadas fruto da evolução da sociedade moderna.

A comunicação e a relação terapêutica são essenciais para a definição de um plano de intervenção para um doente, deste modo e fruto da evolução na área da saúde torna-se fundamental o estabelecimento de uma parceria entre todos os elementos deste processo como partes integrantes e essenciais para o seu desenvolvimento.

De acordo com Riley (2000), o ponto essencial para uma comunicação adequada é a assertividade, o que implica no entanto o enfermeiro sentir-se confortável no processo em que está inserido e ao mesmo tempo confiante para poder enfrentar todos os obstáculos no desenvolvimento da relação.

Pode-se inferir destas dificuldades referidas pelos enfermeiros que não se sentem totalmente confortáveis neste tipo de processos que muitas vezes têm como culminar o processo de morte.

Por inferência poderemos encontrar semelhanças com o estudo de Sousa (2009), dado que este também conclui que enfermeiros com mais formação estão mais capazes de

intervir no alívio da dor, o que com este tipo de dificuldades manifestadas neste estudo mostra a necessidade de maior obtenção de conhecimentos por parte dos enfermeiros de uma UCC na área do doente paliativo.

Deste modo, a chave para obter sucesso nesta relação com o doente e respetiva família numa UCC será mesmo encorajar a sua participação e a vivência deste processo ao máximo como modo para um estreitamento de laços que permita um bem-estar multidimensional. O profissional de saúde nesta relação tem necessariamente que disponibilizar tempo para o processo de comunicação. O processo de escuta ao doente e família é essencial para o estreitamento de laços, para tal é necessário a existência de um espaço adequado para o processo de comunicação, deve ser realizada uma gestão adequada da informação nunca omitindo nada e ao mesmo tempo ter-se a capacidade de discernir qual o melhor momento para transmiti-la.

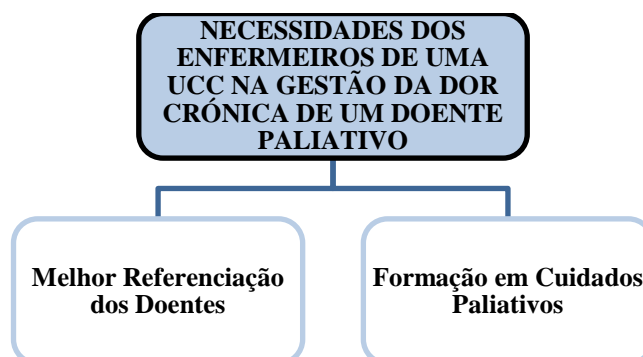
Este conjunto de dificuldades no seu global, têm implicações para o conforto e bem-estar do doente paliativo, assim a formação e os recursos disponíveis têm uma importância fulcral em todo o processo de gestão da dor crónica no doente paliativo.

1.7 – Necessidades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo

No âmbito do estudo da gestão da dor crónica do doente paliativo pelos enfermeiros de uma UCC, foram igualmente inquiridos os enfermeiros em relação às necessidades que no entender deles seriam mais pertinentes nesta área.

Deste modo, nesta área temática surgiram duas categorias: ***Melhor Referência dos Doentes; Formação em Cuidados Paliativos*** (Diagrama nº 7).

Diagrama Nº 7- Necessidades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo



Respeitante à categoria **Melhor Referência dos Doentes**, esta é mencionada por um dos entrevistados:

- “*Melhor referência dos doentes com necessidade de cuidados paliativos*” (E1)

A segunda e última categoria desta área temática, **Formação em Cuidados Paliativos**, foi referida por três inquiridos:

- “Mais formação ao nível da dor...” (E2)
- “Necessidade de maior formação em cuidados paliativos” (E4)
- “Há uma maior necessidade de formação dos enfermeiros na área de cuidados paliativos” (E5)

Quadro N°7 - Necessidades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo

ENTREVISTAS	Necessidades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo	
	Melhor Referenciação dos Doentes	Formação em Cuidados Paliativos
E 1	X	
E 2		X
E 3		
E 4		X
E 5		X
E 6		
E 7		
E 8		

Os resultados do estudo evidenciam que os enfermeiros da UCC não mencionam grandes necessidades. No entanto, verificou-se que alguns enfermeiros apontam a necessidade de referenciar os doentes mais atempadamente. Também a necessidade de mais recursos humanos formados em cuidados paliativos foi evidenciado como uma necessidade para a melhoria de cuidados.

Ao mesmo tempo, com a mudança de paradigma do cuidar que se vem a verificar com a evolução na área da saúde, juntamente com a necessidade de racionalização de custos, torna-se necessário que se dote as infraestruturas para dar resposta a todo um conjunto de tipologia de doentes que possam ser referenciados.

Esta necessidade ficou consagrada pela DGS (2004) em que afirma como direito do doente paliativo os cuidados adequados à sua fase da doença, e o direito a receber cuidados holísticos de modo a poder vivenciar esta fase de processo de doença com bem-estar e conforto. Este modelo de cuidar centra-se nas necessidades do doente e família e não no diagnóstico médico.

A formação em cuidados paliativos é uma necessidade referida por três dos enfermeiros do estudo, considerada de especial importância para poder vivenciar processos de doença deste cariz. Esta necessidade é corroborada no estudo de Sousa (2009), em que o autor conclui que os enfermeiros com mais formação são mais capazes de utilizar técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Pontes (2012) no seu estudo também conclui, que a presença de uma equipa especializada permite um controlo da dor mais eficaz.

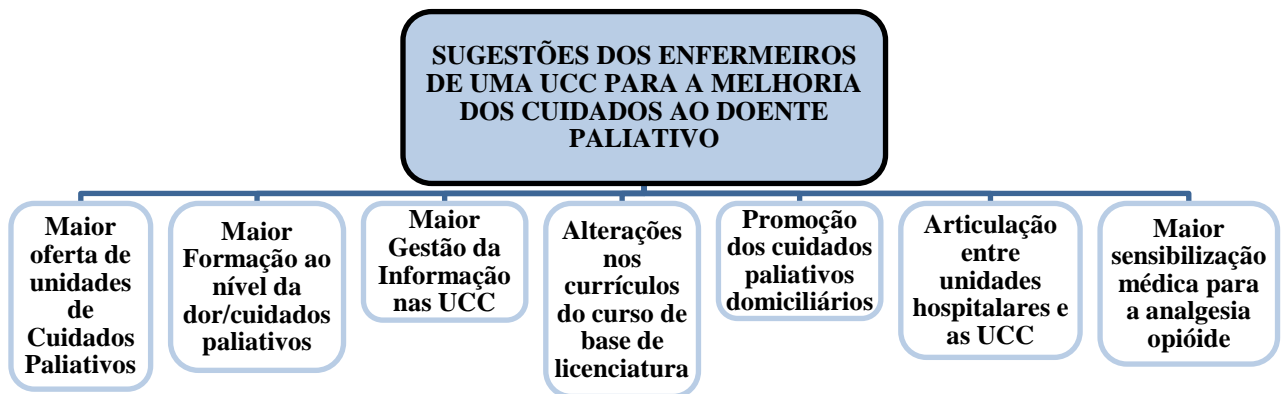
Estes entraves não podem no entanto ser dissociados das políticas de saúde atuais em Portugal, em que há uma racionalização de recursos e de controlo de gastos, que proporcionam um atraso no desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Os poucos anos destas estruturas serão, de igual forma, um fator propiciador da existência de algumas lacunas a este nível de cuidados.

Contudo, esta é uma política que de descentralizar doentes dos hospitais implicando diminuição de gastos, potencialização dos recursos criados, com o objetivo garantir uma política de continuidade de cuidados, em que prevalece a essência dos cuidados paliativos de uma prestação de cuidados individualizada, a dignidade do doente e o direito à vida.

1.8 – Sugestões dos Enfermeiros de uma UCC para a Melhoria dos Cuidados ao Doente Paliativo

Várias são as sugestões apresentadas pelos enfermeiros, nomeadamente: ***Maior oferta de Unidades de Cuidados Paliativos; Maior Formação ao nível da Dor/Cuidados Paliativos; Maior Gestão da Informação nas UCC; Alterações nos Currículos de Base de Licenciatura; Promoção dos Cuidados Paliativos Domiciliários; Articulação entre as Unidades Hospitalares e as UCC; Maior Sensibilização Médica para a Analgesia Opióide*** (Diagrama nº 8).

Diagrama Nº 8 - Sugestões dos Enfermeiros de uma UCC para a Melhoria dos Cuidados ao Doente Paliativo



Em relação à categoria **Maior oferta de Unidades de Cuidados Paliativos**, esta é uma sugestão de dois dos enfermeiros entrevistados:

- “*Sugiro uma maior oferta de centros especializados em cuidados paliativos (...) dado que os doentes acabam por ser enviados para unidades de cuidados continuados dado que os hospitais não têm para onde enviar este tipo de doentes*” (E1)
- “*(...)mais locais especializados em cuidados paliativos*” (E2)

A **Maior Formação ao nível da Dor/Cuidados Paliativos**, é uma categoria referenciada por três dos inquiridos:

- “*Maior formação ao nível da Dor...*” (E2)
- “*Necessidade de formação em cuidados paliativos. Tema muito pertinente na atualidade.*” (E4)
- “*(...) maior formação dos enfermeiros na área dos cuidados paliativos*” (E8)

Uma das categorias mencionadas pelos enfermeiros, neste caso por um entrevistado, foi a **Maior Gestão da Informação nas UCC**:

- “*Maior informação nas unidades de cuidados continuados acerca dos cuidados paliativos...*” (E3)

A sugestão de **Alterações nos Currículos de Base de Licenciatura**, é uma das categorias que um dos inquiridos sugere:

- “*... alterações ao nível do curso de base.*” (E3)

A **Promoção dos Cuidados Paliativos Domiciliários**, é outra das sugestões de dois dos enfermeiros para a Gestão da Dor Crónica de um Doente Paliativo:

- “*...cuidados paliativos ao domicílio na região do Alto Minho...*” (E1)

- “Como sugestões acho que seria importante promover a estadia destes doentes no núcleo familiar, podendo assim estar mais confortáveis, defendendo por isso uma maior presença de cuidados paliativos ao nível do domicílio.” (E6)

A **Articulação entre as Unidades Hospitalares e as UCC**, é por conseguinte mais uma categoria desta área temática, que é apontada por dois dos entrevistados:

- “Uma maior colaboração entre as diversas instituições de modo a que se beneficie o bem-estar do doente e se possa ter todos os meios adequados ao seu conforto ...” (E7)

- “Devia haver uma maior colaboração entres as diversas instituições de modo a poder proporcionar um maior bem-estar ao doente...” (E8)

Por último, a **Maior Sensibilização Médica para a Analgesia Opióide**, é igualmente referida por um entrevistado como sendo uma importante sugestão nesta área em estudo:

- “... uma maior abertura das equipas médicas para a prescrição de opiáceos...” (E8)

Quadro N° 8 - Sugestões dos Enfermeiros de uma UCC para a Melhoria dos Cuidados ao Doente Paliativo

ENTREVISTAS	SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS DE UMA UCC PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS AO DOENTE PALIATIVO						
	Maior oferta de unidades de Cuidados Paliativos	Maior Formação ao nível da dor/cuidados paliativos	Maior Gestão da Informação nas UCC	Alterações nos currículos do curso de base de licenciatura	Promoção dos cuidados paliativos domiciliários	Articulação entre unidades hospitalares e as UCC	Maior sensibilização médica para a analgesia opióide
E 1	X				X		
E 2	X	X					
E 3			X	X			
E 4		X					
E 5							
E 6					X		
E 7						X	
E 8		X				X	X

Os enfermeiros demonstram efetivamente através das suas sugestões que têm um papel fundamental na promoção de um ambiente seguro, na investigação, na participação e na formulação de políticas da saúde e na gestão dos sistemas de saúde e educação, tal como preconizado pelo ICN (2010).

Este estudo evidencia tal como os estudos de Sousa (2009) e Pontes (2012), que a existência de infraestruturas especializadas e de meios adequados à prestação de cuidados paliativos são essenciais para uma maior conforto e bem-estar do doente.

A existência das equipas de cuidados paliativos e de unidades de cuidados paliativos serão assim, tal como refere Centeno et al. (2009), uma questão de justiça, equidade e eficiência nos serviços de saúde, na medida em que a multidimensionalidade e complexidade da dor crónica nos doentes em situação paliativa exigem uma equipa em que todos os elementos trabalhem com o objetivo comum de proporcionar alívio, utilizando os diversos conhecimentos e aptidões que a sua profissão requer. É assim fundamental uma aposta contínua nestes cuidados não só para o presente, como para o futuro dado que o aumento da tecnologia por inerência promove um aumento da longevidade do ser humano, logo uma maior necessidade de cuidar de uma população envelhecida, portadora de doenças crónicas e acometidas a um processo de sofrimento.

A prestação de cuidados paliativos a nível domiciliário, visam a melhoria dos cuidados prestados, dado que permite ao doente vivenciar o seu processo de doença junto dos seus, no conforto da sua casa, junto de todo um conjunto de símbolos e imagens que reconhece e lhe trazem um maior bem-estar.

Uma alteração dos currículos ao nível da licenciatura e maior formação em cuidados paliativos são outras duas sugestões firmadas pelos enfermeiros de uma UCC.

Estas sugestões acabam por ser firmadas ao longo desta discussão de resultados dado que é inequívoco que um enfermeiro com mais formação estará mais preparado para lidar com estes processos de doença. A maior formação deverá iniciar-se no curso de base na medida em que os cuidados paliativos, de acordo com Coenen, Doorenbos e Wilson (2007), são uma área clínica que cruza definições, especialidades, países e culturas.

Este paradigma do cuidar da globalidade do doente em fim de vida, exige que o enfermeiro seja capaz de lidar com esta etapa de um modo saudável, pois é neste período em que o saber e a arte do enfermeiro se deve articular de uma forma harmoniosa na relação de ajuda ao doente.

Para esta gestão contribui a necessidade de ter conhecimento acerca dos antecedentes de doença e toda uma situação familiar, o que para muito contribui o acesso aos registos e a transmissão de informação entre as diversas estruturas hospitalares, mas também a relação terapêutica estabelecida que permite obter o conhecimento acerca de todo o processo de doença desde o seu início.

Os enfermeiros salientam mesmo que esta maior articulação pode ser benéfica de modo a dotar as UCC de meios de intervenção, estando este processo contemplado nos princípios dos cuidados paliativos que salienta a importância do trabalho em equipa e interdisciplinar como base no cuidar.

Este processo poderá ser facilitador para a deteção de necessidades, porém por muito conhecimento que haja nunca poderá ser descurada a vertente humanista e do relacionamento interpessoal.

Um dos enfermeiros entrevistados salientou a importância de uma maior sensibilização da equipa médica para a analgesia opióide que visa facultar ao doente um direito indispensável, o alívio da dor.

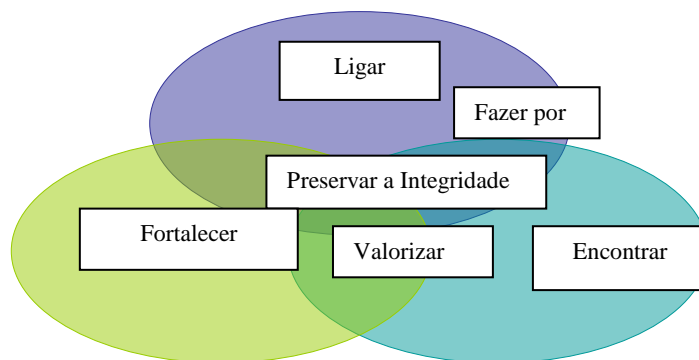
No caso do uso dos opióides, a sensibilização da equipa médica passa muito pela formação em cuidados paliativos dado que é a área que existe maior relação com a dor moderada a intensa que sugere a utilização deste tipo de terapêutica. Não será menos importante referir que com a ampla gama medicamentosa atualmente não é justificável que não se proporcione o conforto e bem-estar adequado ao doente.

Esta necessidade é também referida no estudo de Pontes (2012), em que os enfermeiros referem que para o alívio da dor é fundamental a utilização de terapêutica adequada às necessidades do doente, e ao mesmo tempo também referem muitas vezes a prescrição médica inadequada como fator limitante para o controlo da dor.

Este tipo de sugestões no seu todo permite-nos pensar que poderemos evoluir ainda mais e poder ter uma enfermagem e uma intervenção interdisciplinar junto do doente paliativo cada vez mais voltada para o doente e família, e não tanto para o processo de doença.

Em síntese podemos inferir que é fundamental que a prática de enfermagem, como refere o Canadian Hospice Palliative Care Nursing (2002), assente em seis dimensões: valorizar, ligar, fortalecer, fazer por, encontrar significado e preservar a integridade, interligadas que constituam a vertente clínica do papel da enfermagem em cuidados paliativos.

Figura Nº 1- Pictograma Representativo das Seis Dimensões Caraterizadas no Supportive Care Model (Canadian Hospice Palliative Care Nursing, 2002)



2 - CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nesta fase final torna-se importante relembrar que se teve como objetivo realizar um estudo que permitisse *Compreender como o Enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Continuados intervém na Gestão da Dor Crónica do Doente Paliativo*, podendo assim constatar o seguinte:

- O paradigma construtivista foi a opção tomada para este estudo, pois possibilita compreender com maior profundidade as intervenções dos enfermeiros em contexto de uma UCC e a sua perceção do cuidar perante a dor crónica do doente paliativo.

- Cuidar do doente paliativo com dor crónica é um processo de grande exigência e complexidade para o enfermeiro devido à multiplicidade de problemas /necessidades que surgem no processo de doença.

- Na fase de doença paliativa urge a necessidade de executar intervenções que promovam o alívio da dor, com o intuito de proporcionar o máximo de conforto e bem-estar ao doente.

- O enfermeiro é aquele que estabelece uma maior relação de proximidade acabando por vivenciar todo o processo de doença com uma intensidade emocional, que os leva na grande maioria das vezes a adotar mecanismos de coping.

- A intervenção do enfermeiro na UCC deve ser de acordo com o paradigma do cuidar de modo a responder às efetivas necessidades do doente e família.

- Os enfermeiros da UCC defendem que intervir junto do doente paliativo com dor crónica exige que se atendam às necessidades efetivas e não centrem as suas intervenções em função do diagnóstico.

- A promoção de cuidados de conforto, o respeito pela vida, o aceitar a morte com algo inevitável e natural devem ser defendidos na prática de cuidados dos enfermeiros da UCC.

- A dor é compreendida pelos enfermeiros da UCC, tal como preconizado pela DGS (2008), como um fenómeno, subjetivo, pessoal e multidimensional de difícil compreensão influenciada por fatores psicológicos, sociais e até culturais associados.

- O Cuidar da dor crónica do doente paliativo exige dos enfermeiros uma visão humanista sustentada em conhecimento científico.

- Os aspetos valorizados pelos enfermeiros da UCC perante a dor crónica são de várias dimensões: comunicacional, emocional, psicológica e biológica.

- A monitorização da dor crónica pelos enfermeiros da UCC é realizada fundamentalmente com recurso a escalas unidimensionais, completando esta avaliação com o uso de colocação de questões.

- Os enfermeiros reconhecem que as técnicas farmacológicas em junção com as técnicas não farmacológicas potenciam o alívio da dor e por conseguinte promovem o conforto.

- Os enfermeiros da UCC no seu quotidiano deparam-se com uma diversidade de constrangimentos, nomeadamente: acesso a opióides, défice de formação em cuidados paliativos; infraestruturas inadequadas para a promoção de um fim de vida condigno. Neste sentido defendem uma referenciação mais eficaz e eficiente de doentes com necessidades de cuidados paliativos e uma maior formação na área de cuidados paliativos.

Finalizando é fundamental a implementação de uma abordagem que privilegie a Pessoa e que a dor seja entendida numa dimensão científica, antropológica e subjetiva.

Os enfermeiros da UCC devem desenvolver uma atitude de avaliação e de escuta ativa de forma a determinar e caracterizar a dor no sistema pessoal e familiar.

Figura Nº 2 – Eixos Fundamentais na Intervenção do Enfermeiro de Cuidados Continuados perante a Dor Crónica do Doente Paliativo



• IMPLICAÇÕES

Considera-se que este estudo tem implicações para a prática e para a investigação em cuidados paliativos, na medida em que, no que diz respeito às intervenções dos enfermeiros na gestão da dor crónica no doente paliativo, os enfermeiros devem perceber que o modelo humanista deve nortear a prática de cuidados.

A realização deste estudo provocou no investigador um aumento da necessidade de promover a filosofia dos cuidados paliativos no seu contexto de trabalho e ao mesmo tempo uma sensação de dever cumprido para a promoção da melhoria na prática de cuidados de enfermagem.

A aposta na investigação é o mote para o desenvolvimento dos cuidados paliativos como um direito e uma exigência para a equidade dos cuidados de saúde.

- **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Durante todo o processo de investigação existiu a preocupação constante em assegurar o rigor científico e metodológico, contudo no decorrer de qualquer estudo surgem sempre limitações que são importantes aferir.

As primeiras dificuldades que surgiram, embora ultrapassáveis referiram-se às autorizações para a realização do estudo, contudo estas foram obtidas de uma forma breve e atempada para o decorrer normal do estudo e do respetivo processo colheita de dados.

Outros dos obstáculos prendeu-se com a inexperiência do investigador relativamente ao referencial metodológico, no respeitante à análise e interpretação dos dados resultantes das entrevistas, tendo sido esta a etapa de todo processo de investigação a mais demorada e a que exigiu mais empenho e compromisso do investigador. Esta “falta de prática” proporcionou o aparecimento de vários desafios que foram ultrapassados, com ajuda sempre disponível e perseverança para dar um rumo adequado à investigação.

A atividade profissional e a investigação, juntamente com o curto prazo para conclusão do estudo, foram outro tipo de limitação que surgiu e que exigiu um esforço e empenho acrescidos.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, A. M. S.; GRAÇA, L. C.; DELGADO, M.A.; CERQUEIRA, M. M.; SÁ, J. M. – *Orientações para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos: Projetos, relatórios, monografias e dissertações*. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde, 2013.
- AMENDOEIRA, J. – *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades: Seminários Temáticos de Políticas Públicas e Desigualdades*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. Departamento de Sociologia, 2009.
- ARAÚJO, M.; SILVA, M; FRANCISCO, M - Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. “*International Nursing Review*”. vol. 51, 2004, (p. 149-158).
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (APCP) - Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos Lisboa, 2006. [Consultado em 25 de Fevereiro de 2014]. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/index.php?sc=vis&id=229&cod=68>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (APCP) - *Recomendações para a Organização de Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa, 2006. [Consultado em 25 de Fevereiro de 2014]. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/index.php?sc=vis&id=230&cod=68>
- AZEVEDO, A.; MAIA, I.; PEDRO, J.; RIBEIRO, J. & BARBOSA, M - Abordagem Autónoma do Enfermeiro na Dor. [Em linha] “*Ser Saúde*”. Póvoa de Lanhoso. Nº11, 3ºtrim, (2008), p.68-85. [Consultado em 10 de Maio de 2013]. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/4283>
- BARBOSA, A. – Pensar a Morte nos Cuidados de Saúde. [Em linha]. “*Análise Social*”. Lisboa. vol. XXXVIII, nº166, (2003), p. 35-49. [Consultado a 10 de Janeiro de 2014]. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737559Q5dRD9fa3Zz85OZ8.pdf>
- BARBOSA, A., NETO, I. G. - *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.
- BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1506-2

-
- BIDARRA, A. - O Cuidador e o Doente com Dor Crónica Oncológica. In BARBOSA, A. - *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012. ISBN 978-972-9349-26-3. p. 61-80.
 - BIFULCO, V. A. - A Morte na Formação dos Profissionais de Saúde. " *Revista Prática Hospitalar* ". São Paulo. ISSN 1679-5512. Ano 8, nº 45, (2006), p. 164-166.
 - BILLHULT, A; DAHLBERG, K. - A Meaningful Relief from Suffering Experiences of Massage in Cancer Care. "*Cancer Nursing*". ISSN 0162220X. vol 24, nº3, (2001), p. 180-184.
 - BOGDAN R.C.; BIKLEN, S. K. – *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2
 - CANADIAN HOSPICE PALLIATIVE CARE ASSOCIATION NURSING STANDARDS COMMITTEE - *Hospice palliative care nursing standards of practice*. Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002.
 - CARDOSO, A - *Manual de Tratamento da Dor Crónica*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-056-9.
 - CASTRO, D. A. - Psicologia e ética em cuidados paliativos. "*Psicologia: Ciência e Profissão*". Brasília. vol. 21, nº4 (2001). p. 44-51.
 - CAPELAS, M. L. - Organização de Serviços: Estimativa de Necessidades para Portugal. "*Revista Dor*". São Paulo. ISSN 1806-0013. vol. 16, nº3, (2008), pp. 40-44.
 - CENTENO, C.; SANCHO, M.; NABAL, M.; PASCUAL, A. - *Manual de Medicina Paliativa*. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra S.A, 2009.
 - CERQUEIRA, M. M. - *O Cuidador e o Doente Paliativo*. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-49-2.
 - CLARK, D. - Total Pain, Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders, 1958-1967. "*Social Science & Medicine*". ISSN: 0277-9536. Vol. 49, nº 6, (1999), p. 727-736.
 - COENEN, A.; DOORENBOS, A. Z.; WILSON, S. - Nursing Interventions to Promote Dignified Dying in Four Countries. "*Oncology Nursing Forum*". Pittsburgh. ISSN: 0190-535X. vol.34, nº6, (Nov. 2007), p. 1151-1156.
 - COLLIÈRE, M. F. - *Promover a Vida*. Lisboa: Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972-757-109-3
 - COSTA, C. A.; SANTOS, C.; ALVES, P. & COSTA, A. Dor Oncológica. "*Revista Portuguesa de Pneumologia*". Lisboa. ISSN 0873-2159.vol. 13, nº6 (2007), p. 855-867.
 - DECRETO-LEI nº 161/96. *DR I Série A*. 205 (1996/09/04) 2959-2962.

-
- DECRETO-LEI nº 101/2006. *DR I Série A*. 109 (2006/06/06) 3856-3865.
 - DECRETO-LEI nº 52/2012. *DR I Série*. 172 (2012/09/05) 5119-5124.
 - DESPACHO CONJUNTO nº 407/98. *DR II Série*. 138 (1998/06/18) 8328-8332.
 - DUBOULOZ, C. J. - Métodos de Análise de Dados em Investigação Qualitativa. In FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.305-320.
 - DUHAMEL, F.; FORTIN, M. F. - Os Estudos do Tipo Descritivo. In FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.161-172.
 - FERREIRA, M. F. - Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte paliativo do Doente Oncológico. [Em linha] "*Cadernos de Saúde*". Lisboa. vol. 2. nº1 (2009), p. 67-68. [Consultado em 12 de Maio de 2013]. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9871>.
 - FERREIRA, M. A. G.; PONTES, M.; FERREIRA, N. - Cuidar em Enfermagem: Perceção dos Utentes. [Em linha] "*Revista Faculdade de Ciências de Saúde*". Porto. ISSN 1646-0480. vol. 6 (2009), p. 358-366. [Consultado em 21 de Novembro de 2013]. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.pdf
 - FORTIN, M. F.; CÔTÉ J. & VISSANDJÉE B. - A Investigação Científica. In FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.15-24.
 - FORTIN, M. F.; CÔTÉ J. & VISSANDJÉE B. - As Etapas do Processo de Investigação. In FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.32-46.
 - FORTIN, M. F.; CÔTÉ J. & VISSANDJÉE B. - Escolher um Problema de Investigação. In FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.47-60.
 - FORTIN, M. F.; GRENIER R. & NADEAU M. - Métodos de Colheita de Dados. In FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.239-266.
 - FORTIN, M. F.; PRUD'HOME-BRISSON, D. & COUTU-WAKULCZYC, G.- Noções de Ética em Investigação. In FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.113-130
 - FORTIN, M. F. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

-
- FOUCAULT, M. - O Nascimento do Hospital. In FOUCAULT, Michel - *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- FRAGOSO, M. – Mitos da Morfina. [Em linha]. “*Revista de Medicina Interna*”. Lisboa. ISSN 0872-671X. vol. 9, nº4 (Out – Dez. 2002), p. 225-236. [Consultado em 13 Janeiro de 2014]. Disponível em http://www.spmi.pt/revista/vol09/v09_n4_mitos_da_morfina.pdf
- FREIXO, M. J. V. - *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2009. ISBN 978-989-6591-14-4.
- GONÇALVES, J. A. S. F. - *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN 972-31-0960-3.
- GOOD, M.; STANTON-HICKS, M.; GRASS, J.A.; ANDERSON, G.C.; LAI, H.L.; ROYKULCHAROEN, V.; ADLER, P. A. - Relaxation and Music to Reduce Post Surgical Pain. “*Journal of Advanced Nursing*”. ISSN: 1365-2648. vol. 33, nº 2, (2001). p. 208-215.
- GUTIERREZ, P. L. - O que é o paciente terminal?. “*Revista da Associação Médica Brasileira*”. São Paulo. ISSN 0104-4230. v. 47, n. 2, (2001), p. 92-92.
- HALLENBECK, J.; KATZ, S.; STRATOS, G. - Communicating with Patients & Families. In: HALLENBECK, J.; KATZ, S.; STRATOS, G. - *End-of-life Care Curriculum for Medical Teachers*. Stanford Faculty, 2003. p. 52-64. [Consultado em 1 de Fevereiro de 2014]. Disponível em http://www.growthhouse.org/stanford/elc_handbook_v181.pdf.
- HESBEEN, W. - *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 978-972-8383-11-4.
- HONORÉ, Bernard – *Cuidar: Persistir em Conjunto em Existência*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383- 58-4.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES- *Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão 2.0. Genebra: ICN, 2010. ISBN 978-92-95094-35-2.
- JOHNSTON, K.; ROHALY-DAVIS, J. - An Introduction to Music Therapy: Helping the Oncology Patient. In: GUZZETTA, Cathie - *Essential Readings in Holistic Nursing*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, 1998. ISBN 0-8342-1132-7. p. 290- 295.
- LE BRETON, D. - *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Quadrige/PUF, 2005.
- LIMA, M. A. G.; TRAD L. - Dor Crónica: Objeto Insubordinado. [Em linha]. “*História Ciências e Saúde*”. Rio de Janeiro. nº 1, (1º trim, 2008), p. 117-133. [Consultado em 12 de Maio de 2013]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100007.
- MACIEL, M. G. S. - A Dor Crónica no Contexto dos Cuidados Paliativos. “*Revista Prática Hospitalar*”. São Paulo. ISSN 1679-5512. Ano VI, nº 35, (Set-Out 2004), p.38-43.

-
- MACIEL, M. G. S.; RODRIGUES, L. F.; NAYLOR, C.; BETTEGA, R.; BARBOSA, S. M.; BURLÁ, C.; VALE E MELO, I. T. – *Crítérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2006. ISBN 978-85-89718-26-4.
- MACKINTOSH, C. - Appraising Pain. In: BANKS, C.; MACKRODT, K - *Chronic Pain Management*. 1ª ed. London: Whurr Publishers, ltd, 2005.p. 92-112.
- MARTÍNEZ, M. - La Investigación Cualitativa: Síntesis Conceptual. “*Revista de Investigación en Psicología*”. [Em linha]. Lima. ISSN 1609-7475. vol. 9, nº 1 (2006), p. 123-146. [Consultado em 10 março de 2014] Disponível em http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf
- MÜLLER-BUSCH, H.C. - *Comunicação Sedação Paliativa: o mesmo que eutanásia?*. Em III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
- NETO, I.G. - Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A. & NETO, I. G. - *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. p.1-42.
- NIGTHINGALE, F. – *Notas sobre Enfermagem: Um Guia para os Cuidadores na Atualidade*. Loures: Lusociência, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.
- PESSINI, L. - Bioética e Cuidados Paliativos. In PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F. ; CRUZ, D. A. L. M. C. - *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. São Paulo: Editora Manole, 2006. ISBN 85-204-2403-1. p. 45-66.
- PESSINI, L. - *Distanásia: Até quando prolongar a vida?*. São Paulo: Loyola, 2001.
- PESSINI L.; BARCHIFONTAINE C.P. - *Problemas Atuais de Bioética*. 5ªed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2000.
- PEREIRA, J. L. - Gestão da dor oncológica. In: BARBOSA, A.; NETO, I. G. –*Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2006. p. 21-61.
- PIMENTA, C. A. M.; FERREIRA, K. A. S. L. - Dor no Doente com Câncer. In PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D.D.C.C.F.; CRUZ, D.A.L.M.C. - *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. São Paulo: Editora Manole, 2006. ISBN 85-204-2403-1. p. 124-166.
- POLIT, D. ; BECK, C. T. - *Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências Para a Prática da Enfermagem*. 7ª Ed. Lisboa: Artmed, 2011. ISBN 978-853-6325-45-3.
-

-
- PONTES, C. S. G. - *Os Enfermeiros e Doente Paliativo: Fatores que condicionam o alívio da dor*. Porto: [s.n.], 2012. Tese de mestrado apresentada na Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - *Circular Normativa n.º 14 - Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004.
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - *Circular Normativa n.º 11 – Programa Nacional de Controlo da Dor*. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2008. [Consultado em 10 de Maio de 2013]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- RODRIGUES, A. M. F. M. - *O Doente com Dor Crónica: Estudo da repercussão na ansiedade, na depressão e nas atividades de vida diária*. [Em linha]. Porto: [s.n.], 2007. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. [Consultado em 12 de Maio de 2013]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/682/2/AnaMariaFernandesMoutaRodrigues.pdf>
- REGATEIRO, F. J.; BILRO, M. E. S.; CRUZ, A. G. – *Enfermagem Oncológica*. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8485-41-7.
- RENAUD, I.; RENAUD, M. - Ética e Moral. In: ARCHER L.; BISCAIA J.; OSSWALD W. - *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. ISBN 972-22-1719-4. p. 34-41.
- ROUSSEAU, N.; SAILLANT F. - Abordagens de Investigação Qualitativa. In FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.147-160.
- RILEY, J. B. - *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 978-972-8383-81-7.
- SARTI, C. A. - A Dor, o Indivíduo e a Cultura. “*Revista Saúde e Sociedade*”. São Paulo. v. 10, nº 01, (jan./jun. 2001), p.3-13.
- SAVAGE, J. - *Nursing Intimacy: An Ethnographic Approach Nurse-Patient Interaction*. London: Scutari Press, 1995.
- SALAZAR, Helena – *Sofrimento em Cuidados Paliativos*. [2008]. Diapositivos, Disponível em Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal.
- SILVA, C. M. C.; VALENTE, G. S. C.; BITENCOURT, G. R.; BRITO, L. N. - A Teoria do Cuidado Transpessoal na Enfermagem: Análise segundo Meleis. “*Cogitare Enfermagem*”. [Em linha]. Paraná. ISSN 2176-9133. Nº 15 (Jul. – Set 2010). p. 548-551. [Consultado em 13 de Outubro de 2013]. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/18902>
-

-
- SILVA, M. J. - O Aprendizado da Linguagem Não-verbal e o Cuidar. In STEFANELLI, M. C.; CARVALHO E. C. M. - *A Comunicação nos diferentes Contextos da Enfermagem*. São Paulo: Editora Manole, 2005. p. 47-61.
 - SILVA, M. V. – Políticas Públicas de Saúde: Tendências Recentes. “*Sociologia, Problemas e Práticas*”. Lisboa. ISSN 0873-6529. nº 69, (2012), p.121-128.
 - STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. M. ; ARANTES, E. C. - Comunicação e Enfermagem. In STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. M. - *A comunicação nos diferentes Contextos da Enfermagem*. São Paulo: Editora Manole, 2005. (p. 1-8).
 - SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS - *Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-17-7
 - SOUSA, M. F. C. O. - *O Enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: Informação/Aplicação*. [Em linha]. Coimbra: [s.n.], 2009. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. [Consultado em 13 de Maio de 2013]. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%20a7%20a3o_mestrado_F%20ultima%20Sousa.pdf
 - TAUBE, A. W. - *What are our goals in communications with our patients?*. [Em linha], 2003. [Consultado em 15 de Fevereiro, 2014]. Disponível em <http://www.palliative.org/pc/clinicalInfo/Editorials/PDF/our%20Goals%20in%20Communications.pdf>.
 - TUCKMAN, B. W. - *Manual de Investigação em Educação: Como conceber e realizar o processo de investigação em Educação* (A. R. Lopes, Trad.). 2ª ed. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian (Obra original publicada em 1994), 2002. ISBN: 972-31-0879-8
 - TURK, D.C. - Assess the person, not just the pain. “*Pain, clinical updates*”. Washington. Vol.1, Nº3 (1993), p.1-8.
 - TWYXCROSS, R. - *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6
 - VALADAS, M. B. - A monitorização da dor como quinto sinal vital. “*Sinais Vitais*”. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 51, (Nov. 2003), p. 19-23.
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Prevenção das Doenças Crónicas: Um investimento Vital*. Canada: WHO, 2005. [Consultado em 15 de Fevereiro de 2014]. Disponível em http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf

-
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: WHO, 2007. ISBN: 978 92 4 154730 7
 - YATES, P. – Towards a reconceptualization of hope for patients with a diagnosis of cancer. “*Journal of Advanced Nursing*”. ISSN: 1365-2648. vol. 18, n°5, (1993), p.701-706.

ANEXOS

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETIVAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO DE MESTRADO

Exmo(a). Senhor(a)

Presidente da Unidade de Cuidados
Continuados Dr. Queiroz de Faria

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado

Dados do Investigador Principal:

Nome – José Alberto Fernandes Traila Monteiro de Sá

Habilitações - Licenciatura em enfermagem

Instituição onde Trabalha – Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção 5 Sensi – Tregosa, Barcelos

Mestrando do II Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

Título do projeto de investigação: As intervenções dos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados perante a dor crónica do doente paliativo

Objetivos do projeto de investigação:

Objetivo Geral: Compreender como o enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados intervém na gestão da dor crónica do doente paliativo

Objetivos específicos:

- Identificar o conceito de dor crónica de um Enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados;
- Identificar os aspetos valorizados pelos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados perante a dor crónica de um doente paliativo;
- Identificar como monitorizam os enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados a dor crónica de um doente paliativo;
- Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados no alívio da dor crónica;

- Identificar necessidades/dificuldades dos enfermeiros de unidade de cuidados continuados na gestão da dor crónica

Subcrevo este pedido solicitando a V. Exa. na qualidade de Investigador principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação em epigrafe, a realizar em contexto de uma unidade de cuidados continuados

A referida colheita incidirá sobre os enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados que intervenham diretamente na prestação de cuidados ao doente paliativo que padeça de dor crónica.

O instrumento de recolha de dados a utilizar será a entrevista semi-estruturada e a análise documental

Certifica-se desde já que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Assume-se o compromisso de após o término do referido estudo, informar a instituição dos respetivos resultados.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador Principal

José Alberto Fernandes Trilha Monteiro de Sá



Viana do Castelo, Julho de 2013

Recebido em 13/07/2013

A. Monteiro Trilha

(Assinatura)

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

Designação do Estudo:

As Intervenções dos Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados perante a Dor
Crónica do Doente Paliativo

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

-----, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “As Intervenções dos Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados Perante a Dor Crónica do Doente Paliativo”, realizado pelo mestrando José Alberto Fernandes Traila Monteiro de Sá, a frequentar o II Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pelo investigador.

Data: __ / __ / 20__

Assinatura do participante:

O Investigador responsável:

Assinatura:

APÊNDICES

APÊNDICE I
CRONOGRAMA

Cronograma de Atividades 2013/2014									
Mês Atividades	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Revisão Sistemática da Literatura									
Colheita de Dados									
Tratamento e Análise de Dados									
Discussão de Resultados									
Elaboração do Relatório									
Concretização do Relatório e Entrega									

APÊNDICE II

GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista

A elaboração desta entrevista surge no âmbito da realização de uma dissertação de tese de mestrado com a temática *“As Intervenções do Enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Continuados perante a Dor Crónica do Doente Paliativo”*.

O objetivo geral deste trabalho é *“Compreender como o Enfermeiro de uma Unidade*

Caraterização:

Sexo:

Masculino ____

Feminino ____

Idade (em anos): ____

Nº anos de Serviço (em anos): ____

Nº anos a exercer funções no serviço (em anos): ____

Questões Orientadoras

- O que entende por Doente Paliativo?
- Qual o seu conceito de dor crónica?
- Quais os aspetos que valoriza perante a dor crónica de um doente paliativo?
- Como monitoriza a dor crónica de um doente paliativo?
- Quais as intervenções que realiza para o alívio da dor crónica no doente paliativo?
- Quais as dificuldades/necessidades na gestão da dor crónica de um doente paliativo?
- Que sugestões/comentários gostaria de fazer acerca desta temática?

APÊNDICE III

EXEMPLO DE ENTREVISTA

Entrevista

A elaboração desta entrevista surge no âmbito da realização de uma dissertação de tese de mestrado com a temática *“As Intervenções do Enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Continuados perante a Dor Crónica do Doente Paliativo”*.

O objetivo geral deste trabalho é *“Compreender como o Enfermeiro de uma Unidade*

Caraterização:

Sexo: Feminino

Idade (em anos): 25

Nº anos de Serviço (em anos): 1 ano e meio

Nº anos a exercer funções no serviço (em anos): 1 ano e meio

Questões Orientadoras

- O que entende por Doente Paliativo?

É um doente que necessita de controlo da dor, de conforto e bem-estar. Sem tratamento curativo, precisa de estar sem dor, sem sofrimento e ao qual se deve prestar cuidados de modo a permitir que tenha dignidade.

- Qual o seu conceito de dor crónica?

É uma dor sempre presente, contínua e que deriva da patologia crónica.

- Quais os aspetos que valoriza perante a dor crónica de um doente paliativo?

Perante a dor crónica valorizo a fácis de dor do doente, o seu comportamento (“gritos” e/ou gemidos), postural corporal (espasticidade), observo se há presença de sudorese, o estado anímico do doente (eventualmente tristeza, menos comunicativo), diminuição do apetite, aumento das queixas e menor tolerância às visitas.

- Como monitoriza a dor crónica de um doente paliativo?

Escala numérica (se comunicar) e de fácis da dor.

- Quais as intervenções que realiza para o alívio da dor crónica no doente paliativo?

Intervenções do âmbito farmacológico (ajuste de analgesia) e não farmacológico (posicionamento anti-álgico, ausência de ruídos, musicoterapia).

- Quais as dificuldades/necessidades na gestão da dor crónica de um doente paliativo?

Dificuldades: Limitação de fármacos, que se refletem em falta de meios para um adequado controlo da dor.

Necessidades: Melhor referenciação dos doentes com necessidade de cuidados paliativos.

- Que sugestões/comentários gostaria de fazer acerca desta temática?

Sugiro uma maior oferta de centros especializados em cuidados paliativos, cuidados paliativos ao domicílio na região do Alto Minho dado que os doentes acabem por serem enviados para unidades de cuidados continuados dado que os hospitais não tem local para onde enviar este tipo de doentes.

APÊNDICE IV

GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Área Temática: Concetualizações de Doente Paliativo na perspetiva dos Enfermeiros de uma UCC

Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Doente sem perspetiva de cura		“Sem tratamento curativo...” - E1 “sem cura...” - E5 “sem cura...” –E8
Doente Terminal		“Doente em fase final...” - E2 “ em fase final de vida...” - E3 “Doente em fase terminal...” - E4 “Doente que padece de doença terminal...” - E5 “Doente em fim de vida...” - E6 “Doente em fase terminal...” - E7
Doente com doença crónica, evolutiva e progressiva		“Doente portador de doença crónica...” - E3
Doente com sintomas não controlados		“com sintomas mal controlados...” - E7 “controlo de sintomatologia até à morte...”- E8

Área Temática: O Conceito de Dor Crónica dos Enfermeiros de uma UCC

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Persistente no Tempo		“sempre presente..” - E1 “constante...” - E2 “que se mantém, persistente...” - E3 “persistente no tempo...” - E4 “dor persistente...” - E5 “dor persistente...” - E7 “dor persistente superior a 3 meses...” - E8
Contínua no Tempo		“contínua...” - E1
Subjetiva		“dor é sempre subjetiva...” - E6
Recorrente		“recorrente...” - E8

Área Temática: Aspetos Valorizados pelos Enfermeiros de uma UCC perante a Dor
Crónica de um Doente Paliativo

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Comunicação verbal		“comunicação verbal...” - E2
Comunicação não-verbal	Expressão Facial	“fácis da dor da doente...” - E1 “expressão facial...” - E3 “expressão facial...” - E4 “alteração da expressão facial...” - E5 “expressão facial...” - E7
	Expressão Comportamental	“reações do doente...” - E3 “comportamento (inclusivamente a componente psicológica)...” - E4
	Expressão Gestual	“gritos e/ou gemidos...” - E1
	Expressão Corporal	“postura corporal (espasticidade)...” - E1 “postura corporal...” - E4 “postura corporal...” - E5
	não específica	“observo a comunicação não-verbal...” - E2
Reações Físicas	Sudorese	“presença de sudorese...” - E1
	Sinais Vitais	”sinais vitais...” - E3
	Sinais de Desconforto	“sinais de desconforto...” - E5 “o incómodo do doente, o facto de ele não se sentir bem...” - E6 “desconforto do doente...” - E7
Dimensão Psicológica		“estado anímico do doente (eventualmente tristeza, menos comunicativo) ...” - E1
Dimensão Emocional		“menor tolerância às visitas...” - E1
Resposta Alimentar		“Diminuição do Apetite....” - E1
Sintomatologia		“aumento das queixas...” - E1

Área Temática: Monitorização da Dor Crónica de um Doente Paliativo pelos
Enfermeiros de uma UCC

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Utilização de Escalas da Dor	Escala de Faces	“escalas de fácis de dor..” – E1 “escala de fácis...” – E2 “escala de faces...” – E3 “escala de faces...” – E4 “escala de faces..” – E5 “escala de faces ...” – E6 “escala de faces...” – E7 “escala de faces...” – E8
	Escala Numérica	“escala numérica (se comunicar)...” – E1 “escala numérica...” – E3 “escala numérica (caso seja consciente e orientado)...”- E4 “escala (...) numérica...” – E5 “escala numérica...” – E6 “escala (...) numérica...” – E7 “escala (...) numérica...” – E8
Colocação de Questões		“Questionando o doente...” – E4

Área Temática: As Intervenções realizadas pelos Enfermeiros de uma UCC para o alívio da Dor Crónica de um Doente Paliativo

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Intervenções Farmacológicas		<p>“Intervenções no âmbito farmacológico (ajuste de analgesia) ...” – E1</p> <p>“farmacológicas (morfina/selo transdérmico)...” – E2</p> <p>“intervenções do âmbito farmacológico...” – E3</p> <p>“intervenções farmacológicas (medicação prescrita)...” – E4</p> <p>“intervenções farmacológicas...” – E5</p> <p>“medidas (...) farmacológicas” – E6</p> <p>“intervenção farmacológica...” – E7</p> <p>“Intervenções no âmbito farmacológico...” – E8</p>
Intervenções não Farmacológicas	Gestão de Conforto	<p>“...não farmacológico (posicionamento antiálgico...)” – E1</p> <p>“não farmacológico (...posicionamento antiálgico)” – E2</p> <p>“não farmacológicas (posicionamento)” – E4</p>
	Musicoterapia	“...não farmacológico (...musicoterapia)” – E1
	Gestão do ambiente físico	“...não farmacológico (...ausência de ruídos...)” – E1
	Aplicação de calor/frio	“não farmacológico (calor...)” – E2
	não específica	<p>“intervenções não farmacológicas” – E3</p> <p>“não farmacológicas” – E5</p> <p>“Medidas não farmacológicas” – E6</p> <p>“Intervenções no âmbito (...) não farmacológico” – E8</p>

Área Temática: Dificuldades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica
de um Doente Paliativo

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Limitação de acesso aos opióides		<p>“Limitação de fármacos, que se refletem em falta de meios para um adequado controlo da dor” – E1</p> <p>“Mais medicação, para outros tipos de vias como endovenosa ou opiáceos fortes” – E2</p> <p>“A maior dificuldade é a disponibilidade de medicação (não é possível ter morfina para administração endovenosa/subcutânea)” – E4</p> <p>“Falta de meios para intervir, há um limiar de medicação disponível para consumo em unidades de cuidados continuados acabando-se por não dar o conforto adequado aos doentes” – E7</p> <p>“A maior dificuldade é no acesso à terapêutica que possa proporcionar um maior bem-estar aos doentes, havendo casos em que não ocorre um controlo a 100% deste sintomatologia” – E8</p>
Escassez de estruturas especializadas		<p>“ Como dificuldade muitas vezes verifica-se que as unidades se apresentam como um último local para o internamento deste tipo de doentes dado a escassez de estruturas especializadas nesta área” – E3</p>
Gerir a comunicação		<p>“Gerir a relação com o doente e comunicação neste processo de doença” – E5</p>
Eliminar a dor		<p>“O facto de perceber que por vezes não é possível controlar a dor na totalidade, não proporcionando assim conforto ao doente” – E6</p>
Estabelecer relação com a família		<p>“Dificuldade em lidar com a família e doente visto que implica uma relação estreita com estes e com o cuidar” – E3</p>

Área Temática: Necessidades dos Enfermeiros de uma UCC na Gestão da Dor Crónica
de um Doente Paliativo

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Melhor referenciação dos doentes		“Melhor referenciação dos doentes com necessidade de cuidados paliativos” – E1
Formação em Cuidados Paliativos		<p>“Mais formação ao nível da dor...” – E2</p> <p>“Necessidade de maior formação em cuidados paliativos” – E4</p> <p>“Há uma maior necessidade de formação dos enfermeiros na área de cuidados paliativos” – E5</p>

Área Temática: Sugestões dos Enfermeiros de uma UCC para a Melhoria dos Cuidados ao Doente Paliativo

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Maior oferta de unidades de Cuidados Paliativos		<p>“Sugiro uma maior oferta de centros especializados em cuidados paliativos (...) dado que os doentes acabam por ser enviados para unidades de cuidados continuados dado que os hospitais não têm para onde enviar este tipo de doentes” – E1</p> <p>“ (...)mais locais especializados em cuidados paliativos” – E2</p>
Maior Formação ao nível da dor/cuidados paliativos		<p>“Maior formação ao nível da Dor...” – E2</p> <p>“Necessidade de formação em cuidados paliativos. Tema muito pertinente na atualidade.” – E4</p> <p>“(…) maior formação dos enfermeiros na área dos cuidados paliativos” – E8</p>
Maior Gestão da Informação nas UCC		<p>“Maior informação nas unidades de cuidados continuados acerca dos cuidados paliativos...” – E3</p>
Alterações nos currículos do curso de base de licenciatura		<p>“... alterações ao nível do curso de base.” – E3</p>
Promoção dos cuidados paliativos domiciliários		<p>“...cuidados paliativos ao domicílio na região do Alto Minho...” – E1</p> <p>“Como sugestões acho que seria importante promover a estadia destes doentes no núcleo familiar, podendo assim estar mais confortáveis, defendo por isso uma maior presença de cuidados paliativos ao nível do domicílio.” – E6</p>

<p>Articulação entre unidades hospitalares e as UCC</p>		<p>“Uma maior colaboração entre as diversas instituições de modo a que se beneficie o bem-estar do doente e se possa ter todos os meios adequados ao seu conforto ...” – E7</p> <p>“Devia haver uma maior colaboração entres as diversas instituições de modo a poder proporcionar um maior bem-estar ao doente...” – E8</p>
<p>Maior sensibilização médica para a analgesia opióide</p>		<p>“... uma maior abertura das equipas médicas para a prescrição de opiáceos...” – E8</p>